

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 18

Tuberculose de la Conjonctive

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ernest PÉRIÉ

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Dijon (Côte-d'Or), le 5 Septembre 1876



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, RUE STELLA, 3

—
1900

TUBERCULOSE DE LA CONJONCTIVE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 18

Tuberculose de la Conjonctive

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ernest PÉRIÉ

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Dijon (Côte-d'Or), le 5 Septembre 1876



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, RUE STELLA, 3

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	OLLIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PONCET.
Clinique des maladies mentales	FOCHIER.
Physique médicale	GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique	GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie	PIERRET.
Matière médicale et Botanique	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie	FLORENCE.
Physiologie	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée	MAYET.
Médecine légale	TRIPPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements	POLLOSSON (A.)
Propédeutique médicale	ROQUE,
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,
Botanique	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAYET, *Président* ; M. WEILL, *Assesseur* ;
MM. PIC et NOVÉ-JOSSERAND, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET

Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous est agréable de rendre ici un hommage public de reconnaissance à M. le professeur Gayet, qui nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider la soutenance de notre thèse.

Stagiaire pendant deux semestres dans son service de l'Hôtel-Dieu, nous avons suivi avec intérêt ses leçons cliniques si attrayantes par leur simplicité et par leur haute valeur pratique.

Les nombreuses marques d'attention qu'il nous a témoignées, l'accueil que nous avons reçu dans sa famille, resteront gravés dans notre cœur.

A M. le Dr Aurand, chef des travaux du laboratoire d'ophtalmologie, revient l'idée première de ce travail : il ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils éclairés ; nous le prions d'accepter nos remerciements.

M. le Dr G. Gayet, ex-chef de clinique à la Faculté, nous a témoigné de l'intérêt et de la sympathie : qu'il soit assuré de notre respectueux souvenir.

Merci à nos chefs militaires qui, à l'hôpital Desgenettes, ont fait notre éducation clinique, à M. le médecin-major Marotte, dont nous n'oublierons pas la bienveillance à notre égard.

Merci enfin à nos camarades d'École, à ceux surtout qui furent pour nous de vrais amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les observations publiées de tuberculose de la conjonctive sont aujourd'hui assez nombreuses pour qu'il soit possible d'en présenter une étude d'ensemble. Ce travail nous permettra de mettre en lumière certains points obscurs concernant la pathogénie de cette affection oculaire.

Nous nous proposons dans une première partie de faire un exposé aussi rapide que possible des cas publiés jusqu'à ce jour et nous y joindrons une observation inédite que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Gayet.

Dans un deuxième chapitre nous traiterons de l'étiologie et de la symptomatologie : dans le troisième enfin nous nous efforcerons de rattacher les descriptions cliniques aux formes anatomo-pathologiques décrites par Sattler, Michel, etc., nous établirons le diagnostic différentiel de l'affection, son pronostic et son traitement.

CHAPITRE PREMIER

Ce n'est qu'en 1873, que la tuberculose de la conjonctive fut distinguée d'avec nombre de maladies lui ressemblant plus ou moins, telles que le trachome, les polypes, etc.

Köster fit paraître à cette époque *in* « Centralblatt für medicinische Wissenschaften », page 913, une note déclarant que dans un granulome de la conjonctive il avait découvert des tubercules. Dans son observation, la lésion tuberculeuse siégeait sur la paupière et se propagea dans le cul-de-sac conjonctival et jusque sur la muqueuse bulbaire. De plus il y avait en même temps une suppuration du sac lacrymal et l'on ne savait, du sac ou de la conjonctive, quel avait été le siège primitif de l'affection.

Köster excisa une parcelle de la tumeur et la trouva farcie de tubercules.

Après la publication de Köster, les observations de tuberculose conjonctivale ont paru en nombre, leur diagnostic repose sur l'observation clinique et en même temps sur les recherches microscopiques et expérimentales.

Mais il y a aussi dans la littérature médicale une

foule de cas décrits sous le nom de *lupus de la conjonctive*.

C'est Arlt qui le premier attira l'attention sur cette lésion de la muqueuse oculaire : il observa en effet chez un sujet des ulcérations de la conjonctive palpébrale (sur le tarse et dans le cul-de-sac) avec des granulations entourées de brides fibreuses : ici encore l'affection gagna les parties saines voisines : les granulations s'étendirent sur la muqueuse bulbaire et sur la cornée qui furent à leur tour rapidement ulcérées ; en quelques semaines la peau de la joue et de l'aile du nez furent atteintes.

Ce cas ainsi que ceux qui furent décrits plus tard sous le nom de *lupus de la conjonctive* par Alexander, Peck, Pflüger, Pfeiffer, Baumgarten, etc., sont actuellement considérés comme une forme chronique de la tuberculose.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de citer toutes les observations de tuberculose conjonctivale qui ont paru.

Leur nombre en est aujourd'hui trop considérable (environ 95 observations) et nous serions d'ailleurs forcément incomplets, n'ayant pu nous procurer un certain nombre de publications étrangères. Mais nous puiserons dans les descriptions, travaux et analyses qui ont paru sur cette question, les documents aptes à donner dès ce premier chapitre un aperçu général de la tuberculose de la conjonctive.

Luc dans sa thèse 1883 (*De la tuberculose de la conjonctive comparée au lupus de cette muqueuse*) donne la liste des faits paraissant se rapporter par

leur titre à la question de la tuberculose conjonctivale. Il cite onze auteurs ayant publié des observations ou expérimenté sur cette affection, analyse et critique les cas, enfin établit une différence entre le lupus et la tuberculose.

En 1885, lorsque M. le professeur Gayet présenta à la Société française d'ophtamologie un cas de tuberculose conjonctivale primitive, Parinaud établissait encore le diagnostic différentiel entre ces deux formes d'une même maladie.

Mais la découverte du bacille de Koch, les inoculations expérimentales montrèrent bientôt la nature tuberculeuse du lupus.

Amiet en 1887, dans son travail inaugural « Die Tuberkulose der Bindehaut des Auges » donne une liste de quarante-cinq cas de tuberculose de la conjonctive et ajoute deux observations du professeur Haab, que nous traduisons plus loin.

Nous résumerons les cas publiés avant 1887, qui nous ont paru particulièrement intéressants, renvoyant pour la statistique des faits à la thèse d'Amiet : nous reproduirons ensuite ou analyserons toutes les observations que nous avons recueillies postérieurement à cette date.

OBSERVATION I (résumée)

(Thèse de Luc)

Ulcérations tuberculeuses des conjonctives chez un sujet atteint de tuberculose des poumons et du larynx compliquée d'abcès froids sous-cutanés multiples probablement dus à la même diathèse.

(Hôpital Tenon, service de M. le docteur Gerin-Roze.)

F..., 34 ans, ouvrier bijoutier, entré le 15 novembre 1881, salle Lefong, n° 10.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante, 71 ans; père mort à 60 ans, subitement; une sœur morte à la suite d'un abcès du sein (?); un frère serait phtisique.

Antécédents personnels : Pas de manifestation tuberculeuse ou syphilitique à relever.

En 1871, transporté à Nouméa, il y a vécu dix ans, exposé à l'humidité, mal nourri, couchant sur les rochers; en 1880, retour à Paris; pendant la traversée, le malade dit avoir pris des refroidissements prolongés, et depuis a toujours toussé, craché, maigri, perdu ses forces; sa voie s'est enrouée dès ce moment et s'est perdue définitivement vers le 5 juillet 1881.

Etat actuel : Aphonie complète; cornage.

Respiration rude, avec quelques craquements légers. Du côté de la conjonctive, sur la face muqueuse de la paupière supérieure, plusieurs ulcérations à bords taillés comme à l'emporte-pièce : l'une arrondie, grosse comme un grain de millet, correspond à l'extrémité interne du cartilage tarse; une autre elliptique, beaucoup plus grande, répond au bord supérieur de ce cartilage et se prolonge sur la conjonctive palpébrale sus-jacente.

Le fond des ulcérations est granuleux; dans leur intervalle, muqueuse rouge vif et boursoufflée.

Sous l'extrémité interne du sourcil droit, petite tumeur de la grosseur d'un pois, dure, mobile, sans modification du tégument, donnant la sensation d'un ganglion lymphatique engorgé.

5 mars. — Depuis quelques jours, sur la face dorsale du pied gauche, tuméfaction arrondie, nettement fluctuante.

3 avril. — Dans le tiers inférieur de la moitié interne de la région postérieure de l'avant-bras droit, tuméfaction oblongue, légèrement douloureuse et fluctuante.

21 avril. — Ouverture de la poche du coude donnant issue à du pus granuleux.

Os et articulation respectés.

26 avril. — Douleurs névralgiques violentes dans la tête. M. Lucas-Championnière pratique une incision au niveau de la

tumeur palpébrale et donne issue à du pus séreux et granuleux.

Douleurs persistent.

1^{er} mai. — Engorgement du ganglion préauriculaire. Incision de l'abcès du dos du pied gauche : pus grumeleux.

15 mai. — M. Parinaud introduit dans la chambre antérieure de l'œil droit d'un lapin un fragment détaché de l'ulcération conjonctivale ; un deuxième fragment est introduit par vaccination dans l'épaisseur de la cornée de l'œil gauche, un troisième est insinué dans la chambre antérieure du même œil. Pas de résultat.

14 juin. — Œil droit : Conjonctive palpébrale inférieure très congestionnée ; à la paupière, ulcérations se sont agrandies ; au-dessus du cartilage tarse, vaste ulcération à fond grisâtre, granuleux, parsemé de points jaunâtres et d'où l'on voit s'écouler du pus.

Au-dessous de cette ulcération mal délimitée, s'en trouve une seconde, correspondant à la portion tarsienne de la paupière, d'aspect identique à la précédente, plus petite ; en dedans de la seconde, une troisième petite, arrondie, de couleur jaunâtre.

Larynx : Cornage plus intense.

Déglutition pénible.

Poumons : Crachats nummulaires ; matité sous-claviculaire droite très nette ; craquements humides à droite en avant et en arrière.

Fièvre hectique ; sueurs ; diarrhée ; mort le 6 août, à 11 heures du soir.

Autopsie, le 8 août 1882.

Muqueuse du larynx, épiglote, cordes vocales, cartilages envahis, ulcérés, dénudés.

Poumons adhérents avec la plèvre pariétale.

Une caverne à chacun des sommets droit et gauche.

Semis de granulations de formation récente.

Ulcérations conjonctivales moins apparentes.

L'examen histologique révèle :

Un commencement d'ossification du cartilage cricoïde ; substance cartilagineuse infiltrée de granulations graisseuses ; capsules en voie de multiplication.

Au niveau des ulcérations de la paupière, les papilles se distinguent encore, mais dépourvues d'épithélium.

Leur tissu est infiltré de cellules jeunes et de granulations amorphes ; sur plusieurs coupes on distingue très nettement une granulation tuberculeuse ronde, jaunâtre, formée de tissu granuleux sans cellules géantes. Au-dessous de cette dernière, plusieurs points jaunâtres analogues aux granulations tuberculeuses.

OBSERVATION II (Résumée)

(Manz, Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1881.)

Garçon de 2 ans 1/2 présentant un développement considérable des ganglions cervicaux sous-maxillaires et parotidiens du côté droit. Paupières du même côté fortement gonflées, molles : nodule arrondi, mobile sous la peau de la paupière inférieure ; moitié interne de son bord amincie, dentelée ; moitié externe détruite ; à ce niveau, nodules grisâtres de la dimension de têtes d'épingle. Sur la conjonctive palpébrale supérieure, deux ulcérations plates à fond jaunâtre et à bords blanchâtres, ainsi que quelques nodules. A part le chemosis de la conjonctive bulbaire qui contient encore deux tubercules grisâtres, les autres membranes sont d'apparence saine. L'œil gauche est normal. Des troubles de l'état général survinrent et l'enfant fut emporté au milieu des symptômes d'une méningite. L'autopsie révéla une tuberculose généralisée.

OBSERVATION III (MILLIGAN)

(Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1882, pp. 194, 195)

Fille de 11 ans, admise à l'hôpital de la Marine à Constantinople, pour des modifications de la conjonctive.

Sur la conjonctive tarsienne de la paupière inférieure droite,

masse saillante, rouge, saignant facilement et semblable aux granulations d'une plaie. Sur la portion inférieure de la conjonctive bulbaire, vers l'équateur, nombreux nodules transparents, arrondis et d'un jaune rougeâtre; sécrétion blennorrhéique de la conjonctive.

Infiltration ponctuée, interstitielle, avec pannus de la portion externe de la cornée. On pratiqua comme traitement, le râclage et la cautérisation au nitrate d'argent; la guérison suivit.

A l'examen microscopique, cellules géantes avec détritits cellulaire et masse tuberculeuse.

OBSERVATION IV

(Thèse de Luc; communiquée par CARON)

Lupus de la joue gauche propagé au nez, à la joue droite et au front; à la paupière inférieure gauche et à la conjonctive bulbaire.

(Fritz), 26 ans, entre dans le service du Dr Ollivier.

Antécédents héréditaires : pas de phtisiques dans sa famille.

Antécédents personnels : Ophtalmies dans son enfance, glandes au cou, otorrhée.

Début en 1868, par la joue gauche, puis de là envahissement du nez, de la joue droite et du front.

La paupière inférieure gauche est atteinte dès le commencement de 1869.

Actuellement énorme lupus exedens du nez qui est converti en une masse mamelonnée, végétante, recouverte de croûtes.

Oeil gauche : Paupière inférieure attirée en bas, sa muqueuse est convertie en tissu sec, se continuant uniformément avec la surface de la joue.

La conjonctive bulbaire est convertie en un tissu rougeâtre, granuleux, mamelonné, sans ulcérations. Pannus de la cornée, muqueuse de la paupière supérieure converti en un tissu rougeâtre, en partie cicatriciel. Pas de douleurs.

OBSERVATION V

H. Parinaud. — Tuberculose primitive de la conjonctive

(*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*,

13 juin 1884)

Mlle Def..., 7 ans et demi, se présente à ma clinique le 11 juin 1883 pour une conjonctivite double ayant les apparences d'un catarrhe chronique de la conjonctive. La paupière supérieure de l'œil gauche où le catarrhe a commencé et où il reste plus abondant, est le siège d'une tuméfaction localisée près de son bord, ressemblant à celle d'un orgeolet.

En retournant cette paupière on découvre sur la conjonctive tarsienne une ulcération longue de 6 millimètres, à contours nets et irréguliers, recouverte d'un exsudat fibrineux qui s'enlève facilement et laisse à découvert une surface grisâtre, parsemée de quelques points jaunes. Cette ulcération arrive jusqu'au bord libre de la paupière, qui offre une légère échancrure, sans que l'implantation des cils soit intéressée : elle est entourée d'un liséré d'injection qui tranche assez nettement sur la coloration du tarse.

Un nodule jaunâtre, de la grosseur d'un grain de mil, existe au dessus de l'ulcération dont il est distinct. En l'examinant à la coupe, on découvre à son centre un petit bourgeon charnu, autour duquel la matière jaunâtre se dessine en couronne. Après huit ou dix jours, ce nodule est remplacé par une ulcération.

Un ganglion préauriculaire indolent s'est développé en même temps que la lésion de l'œil. Il n'y a pas d'altération semblable à droite.

L'affection a débuté il y a trois mois par une tuméfaction de la paupière supérieure qui incommodait peu le malade et à laquelle les parents n'ont pas fait attention. Puis il s'est établi un peu de catarrhe dans la conjonctive qui a gagné l'autre œil et c'est pour cette complication que l'enfant m'est amenée.

Antécédents : Le père est mort d'une affection thoracique aiguë mal déterminée, à laquelle il a succombé en deux ou trois

jours. Avant cette maladie, il ne toussait pas, n'a jamais craché de sang et aurait joui d'une très bonne santé.

La mère qui me fournit les renseignements, est bien portante; elle a eu sept enfants, tous vivants et en bonne santé, l'aînée a dix-huit ans.

La petite malade est d'un aspect assez chétif. Elle n'a pas eu de gourmes, d'engorgements ganglionnaires ni d'affections osseuses : pas de tuméfaction du ventre ni de diarrhée chronique. Elle ne tousse pas, et l'examen de la poitrine ne révèle aucun signe positif de lésion pulmonaire.

En décembre 1882, elle a eu une fièvre typhoïde pendant laquelle il y a eu un peu de toux qui a cessé avec l'état aigu. C'est dans la convalescence de cette maladie que l'affection oculaire semble avoir débuté.

J'ai traité l'ulcération par le raclage, le catarrhe conjonctival par les cautérisations au nitrate d'argent et les lotions antiseptiques. Après trois semaines, il n'y avait pas de tendance à la cicatrisation. La malade est conduite à la campagne; je ne l'ai pas revue depuis.

OBSERVATION VI (résumée)

Gayet. — Tuberculose primitive de la conjonctive

(Soc. française d'ophtalmologie, 28 janvier 1885)

Jeune fille de 26 ans. Sans antécédents héréditaires. Santé assez bonne; irrégulièrement menstruée. Grossesse au début.

Vue pour la première fois le 8 février 1884, elle présente une affection de la conjonctive à droite qui a commencé il y a un mois et demi; quinze jours après, le ganglion préauriculaire droit s'est pris. Léger affaiblissement depuis.

A l'examen, la paupière supérieure de l'œil droit retournée présente une série de lésions différentes d'aspect suivant leur âge. D'abord deux nodules gris-bleuâtres, noyés dans la conjonctive tarsale, sur lesquels viennent mourir de petits vaisseaux rayonnants; ailleurs, ce sont des ulcérations de forme aphteuse, du fond desquelles s'élèvent, comme une cou-

ronne, des follicules tassés les uns contre les autres et vascularisés de façon à montrer à leur surface des anses vasculaires : fond bourgeonnant et gris-jaunâtre. Dans le fond du cul-de-sac, vers l'angle interne, se trouve une accumulation de produits de cette nature, qui forment là une véritable tumeur d'aspect jaunâtre et gélatiniforme.

La paupière inférieure présente vers son milieu une seule ulcération, creuse, à fond gris et à bord taillés à pic.

Dans l'intervalle des parties malades, la conjonctive est légèrement rouge, avec des papilles un peu gonflées et recouvertes d'un écoulement blennorrhéique.

Il existe un ganglion préauriculaire du côté malade et un autre plus bas.

Le 16 février, M. le professeur Gayet fait un premier râclage des parties atteintes et cautérise la plaie au fer rouge. De même râclage et cautérisation des deux ganglions.

Les produits de ce grattage inoculés dans la chambre antérieure de cobayes donnent des résultats positifs (Gayet et Arloing). A la deuxième génération les résultats sont moins nets.

Le 25 février, on constate la cicatrisation de quelques ulcérations de la conjonctive ; mais d'autres ont persisté et même la conjonctive bulbaire est à son tour envahie. Le ganglion préauriculaire suppure.

Quelques temps après éclatent les symptômes d'une suppuration aiguë du sac lacrymal. La propagation de l'infection s'est faite de la conjonctive au sac.

Pendant l'été 1884, nouveau râclage de l'œil et des ganglions, plus énergique encore. Le râclage est étendu au sac. Les suites sont satisfaisantes.

La malade, parvenue aux termes de sa grossesse, sort.

En septembre, elle rentre pâle, amaigrie et faible. Pourtant on ne remarque aucune trace de tuberculose pulmonaire. Mais les ganglions cervicaux à droite se sont engorgés et s'étendent en chaîne de la mâchoire à la clavicule.

L'état de l'œil s'est terriblement aggravé.

Le globe est mastiqué en place par le néoplasme.

Les paupières sont soudées au globe par des masses granuli-formes ulcérés ; la conjonctive bulbaire, la cornée entièrement envahies.

L'énucléation est alors résolue et pratiquée. Elle est suivie d'une cautérisation au fer rouge du sac et de toute la plaie. Les ganglions sont laissés, à cause de la gravité d'une pareille manœuvre.

Suites simples : Cicatrisation rapide. La malade exige sa sortie. Elle est rentrée récemment (hiver, 1884) dans un autre service pour un énorme développement des ganglions du cou qui se sont ramollis et sont menacés d'une ouverture prochaine.

L'auscultation ne révèle aucun signe.

L'examen microscopique a démontré la présence de cellules géantes, de bacilles de Koch, et tous les caractères du lupus vrai pour M. Vignal. La cornée était complètement tuberculisée et la lésion avait gagné même l'iris et le corps ciliaire.

OBSERVATION VII

Tuberculose primitive de la conjonctive

(Clinique oculistique de Pavie, 1882-1884, citée en *Annales d'oculistique*, 1885)

Le patient, un garçon de 7 ans, présentait sur la surface conjonctivale de la paupière inférieure gauche une ulcération qui en occupait la moitié externe, dont les bords étaient relevés et le fond couvert d'une humeur jaune grisâtre. L'examen microscopique la révéla comme matière tuberculeuse classique (nombreuses cellules géantes, polynucléées, au milieu de noyaux tuberculeux, formés de cellules lymphoïdes, globules de pus et éléments connectifs en état d'hypergénèse).

On y trouve pas de bacilles.

Tuberculose conjonctivale

Ulrich de Königsberg (*Recueil d'oph.*, 1886, p. 458) Centralblatt für praktische Augenheilkunde, déc. 1885.

L'auteur a eu l'occasion d'observer deux cas de cette maladie chez un homme de 32 ans et chez un enfant de 10 mois. La

maladie était caractérisée par la présence d'ulcères, reste d'abcès tuberculeux de la conjonctive, à bords déchiquetés, décollés et à fond gris jaunâtre ; l'hérédité existait dans les deux cas.

On fit une excision d'un petit lambeau sur la conjonctive de la paupière inférieure chez les deux sujets. Après durcissement dans l'alcool, les fragments furent examinés au microscope, sous le contrôle du professeur Paul Baümgarten. La muqueuse était convertie en un tissu de granulations très vasculaire et parsemée en certains endroits de tubercules circonscrits, plus ou moins gros avec un noyau caséeux : en d'autres endroits les tubercules étaient confluent, on y voyait en grand nombre et d'une façon très évidente des cellules tuberculeuses géantes. En employant les procédés d'Ehrlich on put observer les bacilles tuberculeux rares chez l'homme de 32 ans et plus nombreux chez l'enfant. Peu de ces bacilles se trouvaient dans les cellules géantes.

OBSERVATION VIII

D^r Fontan. — Tuberculose conjonctivale
(*Recueil d'ophtalmologie*, octobre 1886)

L..., 24 ans, soldat du 61^e de ligne, entré à l'hôpital de Toulon, en février 1886, dans le service de clinique chirurgicale, pour une ostéo-périostite fongueuse de la malléole externe. Après trois mois de traitements divers, révulsifs, drainage, etc..., le coussinet fongueux de la région malléolaire était devenu très volumineux : l'état général périlait quoiqu'il n'y eut pas de tuberculose pulmonaire manifesté. Je me décidai à faire le curage complet des portions dégénérées. L'opération pratiquée le 10 mai enleva une volumineuse masse de fongosités, une épaisse couche de tissus lardacés, sacrifia une ellipse de peau assez étendue et atteignit le périoste de la malléole et la gaine des tendons péroniers. Puis le champ opératoire fut bourré d'iodoforme et le malade d'huile de foie de morue, poudre de viande, etc.

Tout alla bien du côté de la plaie et je me serais fort applaudi du résultat, si je n'avais vu à la paupière supérieure se développer de petites nodosités promptes à s'ulcérer et qui m'alarmaient d'autant plus que l'amaigrissement, les sueurs, la diarrhée augmentaient progressivement. Ces nodosités de la paupière supérieure occupaient le bord ciliaire et auraient pu à la rigueur être comparées à de petits orgelets confluents : mais ils devinrent rapidement jaunes, étant formés d'une matière caséuse qui s'apercevait à travers un soulèvement épidermique translucide. De plus, en renversant la paupière, on voyait sur la muqueuse tarsienne une ulcération à fond jaunâtre entourée d'un bord élevé induré et formé lui-même de petites granulations jaunes.

Pansement à l'iodoforme.

Les jours suivants L..., qui avait de lui-même substitué la vaseline à l'iodoforme prescrit, souffrit beaucoup plus. L'inflammation s'était éveillée, la rougeur développée dans le cul-de-sac conjonctival et l'ulcération s'était recouverte d'une fausse membrane grise d'un vilain aspect. Je la détachai avec une curette et pansai de nouveau à l'iodoforme. Malheureusement l'état général devint très rapidement grave et une pleurésie diaphragmatique enleva le malade en peu de jours.

Autopsie : On trouve du tubercule partout et pour ne faire que résumer ce qui, dans cette intéressante autopsie, ne touche pas à l'ophtalmologie, je dirai seulement que toutes les grandes séreuses étaient couvertes de tubercules.

Le péritoine, les plèvres, le péricarde en contenaient à divers degrés de développement ; les reins en présentaient aussi et naturellement les poumons n'en étaient pas indemnes.

Sur un fragment de paupière détaché, l'examen histologique fournit les résultats suivants :

Sur une coupe verticale, perpendiculaire au milieu de la paupière, on peut voir que la région d'implantation des cils, celle des glandes de Meibomius et tout le cartilage tarse sont fortement enflammés et semés de cellules embryonnaires. Le tarse lui-même sert de fond à l'ulcère qui a pour limite supé-

rieure le terrain des glandes acino-tubuleuses de Krause.

Tout le fond de l'ulcère est formé :

1^o D'une couronne fibrineuse diphtéroïde qui contient nombre de leucocytes ;

2^o D'un lit de cellules embryonnaires banales ;

3^o D'une zone plus profonde composée de tubercules presque tous en voie de fonte caséuse. Les plus superficiels forment des masses caséuses épaisses à centre jaune. Les plus profonds et ceux des bords de l'ulcère sont des granulations crues translucides à aréole embryonnaire.

Quelques-uns sont de simples agglomérations de cellules géantes. Les nodules tuberculeux se sont infiltrés dans le cartilage tarse, à travers lequel la diffusion embryonnaire et néoplasique se fait manifestement le long des vaisseaux qui y circulent. Ces vaisseaux ont, en effet, une atmosphère celluleuse lâche qui admet plus facilement une invasion d'éléments nouveaux que le tissu compact qui porte le nom de cartilage tarse.

En définitive il n'y a aucun doute à avoir, il s'agit bien d'une ulcération tuberculeuse, et qui ne saurait être confondue anatomiquement avec un autre processus ulcératif, pas même le lupus.

Nous noterons encore que cette tuberculose était conjonctivo-palpébrale, qu'elle était secondaire, ayant éclaté au cours d'une généralisation miliaire aiguë et qu'enfin elle avait tendance, comme beaucoup de plaies tuberculeuses, à subir la complication diphtéroïde.

OBSERVATION IX

D^r Fontan. — Tuberculose de la conjonctive et de la cornée
(*Recueil d'ophtalmologie*, octobre 1886)

T... Gustave, 22 ans, matelot, originaire de Paris, grand, blond, lymphatique, pas de manifestations scrofuleuses ; pas de tuberculose confirmée. Ce jeune marin entre à l'hôpital de Saint-Mandrier, le 20 juillet 1886, avec le diagnostic : kérato-conjonctivite strumeuse et taie de la cornée.

Il semble avoir été atteint depuis un an de plusieurs crises de kératite phlycténulaire : photophobie, douleurs ciliaires intermittentes, épiphora, éternuements, dès qu'on écarte les paupières.

Il présente :

1^o Sur la conjonctive droite, au voisinage de la cornée et à sa partie inféro-interne, une ulcération, à fond jaune, à bords rouges veineux élevés, tout à fait analogue à un aphte de la muqueuse buccale.

Cette ulcération est supportée par une base tuméfiée et vascularisée qui envahit le biseau cornéen et semble intéresser la sclérotique : il en résulte un aspect cylindrique du globe oculaire, qui rappelle celui de l'épiscléritis, mais la coloration et l'ulcération localisent le mal dans la conjonctive.

2^o La cornée dans la région voisine est le siège d'une infiltration diffuse interstitielle, d'un gris d'opale, qui rappelle quelque peu la kératite interstitielle classique. Cette infiltration s'étend jusqu'au centre de la cornée et s'y arrête par une limite très nette, festonnée, que l'on voit bien à l'éclairage latéral. Cette opalescence est signalée et figurée par Panas et Vassaux (*Bulletins et mémoires de la Société française d'ophtalmologie*, pl. III, fig. 1 et 2, p. 234).

Enfin sur ce segment infiltré, on trouve des lésions plus superficielles qui consistent en de petits points d'un blanc laiteux, regardés comme des phlyctènes purulentes et qui me paraissent être des tubercules suppurés. Le plus considérable, qui est paracentral, a donné lieu à la formation d'un ulcère d'aspect serpigneux. Ces signes me firent penser à la tuberculose kérato-conjonctivale, et la suite me donna raison.

1^{er} août. — Compresses d'eau chaude, pommade à l'oxyde jaune, atropine, iodure de potassium 2 grammes. Les jours suivants, de nouveaux points blancs purulents se montrèrent, tandis que l'infiltration diffuse disparaissait. En même temps, l'irritation conjonctivale augmentait, de nombreux vaisseaux envahissaient la cornée et donnaient absolument l'aspect représenté figure 3 de la planche déjà citée de Panas et Vassaux.

L'état de tension oculaire, de larmolement, de photophobie, s'exagérait beaucoup, j'instillai l'ésérine et donnai à l'intérieur le salicylate de soude.

18 août. — Aggravation persistante. L'ulcère cornéen étendu en divers sens se déchiquète et se fusionne avec d'autres ulcérations voisines, développées de la même façon. Un pannus vasculaire l'entoure de partout. L'ulcère conjonctival s'est aussi accru et le fond en est jaune sale. Ganglion parotidien hypertrophié et douloureux.

20 août. — Je pratique le grattage des deux ulcères et, en outre, quelques scarifications sur le bord de l'ulcération conjonctivale. La poudre d'iodoforme est ensuite appliquée en abondance, l'examen histologique des produits recueillis séparément dans les deux ulcères, fait suivant le procédé d'Ehrlich, permet de constater la présence de nombreux bacilles de la tuberculose. De plus, on trouve dans ce détritus des cellules géantes et des tubercules en voie de ramollissement.

26 août. — Amélioration immédiate et considérable : l'ulcère conjonctival a presque disparu, celui de la cornée a diminué, s'est rétréci ; l'infiltration s'est dissipée et la vascularisation s'est réduite de beaucoup.

5 septembre. — La conjonctive semble n'avoir été jamais malade, amélioration de l'ulcère kératique.

12 septembre. — Il reste un tout petit ulcère cornéen presque cicatrisé, irisé, ne causant presque plus ni photophobie, ni larmolement. Il est entouré d'une certaine opacité ; en outre, l'infiltration interstitielle est aux trois quarts résolue.

20 septembre. — La guérison est confirmée : la vision est encore gênée par un albugo de peu d'importance. Sera mis exeat à la fin du mois.

OBSERVATION X

(du professeur HAAB, 10 mai 1884)

(Thèse d'Amiet, Zurich, 1887),

Femme S..., 27 ans, de A.

Yeux absolument sains auparavant.

L'affection de l'œil gauche commença au printemps de 1882, par l'accolement des paupières et de l'épiphora pendant le travail.

La malade fut à cette époque traitée par un oculiste d'abord avec l'iodoforme puis avec une pommade à base de cuivre, enfin par le cuivre en nature et la pierre infernale.

Le traitement fut d'abord irrégulier, ensuite de mars à mai 1883, il fut suivi durant six semaines dans une clinique.

Ici le nitrate d'argent fut employé en solution. Sur les causes de l'affection il n'y a rien à signaler. L'infection blennorrhagique est à rejeter.

Il résulte seulement à ce sujet qu'à l'époque du début de la maladie il y avait dans la maison de jeunes chats dont l'un avait un écoulement des yeux.

Etat actuel: Bon aspect: pas de ganglions engorgés, ni préauriculaires, ni rétro-maxillaires ni sous-maxillaires: œil gauche un peu moins ouvert que le droit; la paupière supérieure qui est légèrement gonflée présente un léger ptosis. Conjonctive bulbaire fortement injectée.

Un pannus épais où l'on aperçoit difficilement des élevures peu saillantes, rondes, s'étend sur le tiers supérieur de la cornée jusqu'au bord supérieur de la pupille qui est recouvert.

Les vaisseaux de ce pannus sont assez rares et la partie de la cornée atteinte présente une coloration plus grise. La partie inférieure de la cornée est normale. La paupière inférieure offre sur la conjonctive tarsale des follicules en série qui augmentent de volume vers le cul-de-sac conjonctival et présentent dans ce dernier une grosseur tout à fait exceptionnelle (jusqu'à 3 millimètres de diamètre). Tout le pli semi-lunaire est très volumineux, surtout en haut, il est recouvert de grosses granulations, et ressemble à une tumeur mais bien différente des végétations tuberculeuses.

La paupière supérieure montre une conjonctive tarsale modérément injectée, avec une légère hypertrophie papillaire: sur cette conjonctive on voit des petites taches, rondes, gris-

jaune, non proéminentes, disséminées, qui n'ont pas plus de 0,5 millimètres à 1 millimètre.

Sur le bord postérieur du tarse et dans le cul-de-sac supérieur attenant est une rangée de grains gris-rouge, confluent, peu proéminents, peu volumineux : ils sont du côté du nez et de la tempe un peu plus gros qu'au milieu du cul-de-sac. Sur la surface du cartilage tarse supérieur ni granulations ni grains folliculaires. Œil droit tout à fait normal.

Jusqu'à maintenant pas de gêne considérable ni de douleur vive. La malade est surtout incommodée par une sécrétion assez abondante, muco-purulente, avec les désordres qu'elle entraîne, et est ennuyée de ne pouvoir ouvrir l'œil complètement.

Diagnostic : Catarrhe folliculaire intense (de bonne nature, non trachomateux) qui repose sur une cause locale et fait songer en premier lieu à une lésion du canal lacrymal qu'il faut interroger à l'aide de la sonde. Ensuite il fallait enlever les végétations et les examiner au microscope ainsi que la sécrétion.

Comme le trachome est très rare dans ce pays, une infection de cette espèce est à peine à supposer et, en outre, l'œil droit étant intact, le trachome doit être considéré comme tout à fait invraisemblable. La malade, désirant connaître l'avis du Dr Haab sur son cas, n'entre pas en traitement, mais en laisse la continuation à son médecin ordinaire.

Deux ans après, le 25 juin 1886, elle revient. Le processus, pendant ce temps, s'est considérablement aggravé : la sécrétion conjonctivale est devenue assez intense ces temps derniers et se traduisait le matin par l'oblitération et l'accolement des paupières.

Jusqu'à ces derniers jours les vives douleurs ont fait défaut : mais depuis deux jours sont survenues des douleurs violentes et une rougeur accentuée de l'œil, qui ont engagé la malade à s'adresser à nous.

Au premier aspect, il y a du ptosis de la paupière supérieure de l'œil gauche ; mais elle n'est ni rouge ni enflée mais sim-

plement abaissée. C'est ainsi que la fente palpébrale droite a 10 millimètres de hauteur, la gauche n'a que 5 millimètres; de plus, derrière la branche montante du maxillaire gauche, à 4 centimètres au-dessous de l'oreille gauche, est un ganglion engorgé de la grosseur d'une noix. Sous le maxillaire inférieur gauche, à côté de la glande sublinguale, se trouve un deuxième ganglion enflammé mais qui s'est déjà montré tel de temps en temps pendant la jeunesse de la malade (ce dernier n'avait pas été constaté lors du premier examen).

En ce qui concerne la conjonctive bulbaire, elle est fortement injectée depuis le 23 juin, date à laquelle est survenue aussi une violente douleur. On remarque du côté temporal, à 1 centimètre environ de la cornée, une végétation ronde, peu élevée, d'un gris-rouge, légèrement translucide, simulant l'aspect des granulations fongueuses. Dans le voisinage des culs-de-sac, la conjonctive bulbaire montre aussi des végétations folliculaires, de même nature que celles qui existent dans les culs-de-sac eux-mêmes, mais seulement un peu plus petites, d'une façon générale. Et ces lésions, en effet, s'étendent assez loin en haut et en dehors sur la conjonctive bulbaire et forment là une excroissance plane, rugueuse.

Sur la conjonctive des paupières et sur le pli semi-lunaire, les végétations ont grandi en volume et en nombre, au point que par endroits on aperçoit des tubercules pour ainsi dire qui, par leur volume, ressemblent toujours à de gros follicules.

Des végétations volumineuses par endroits, comme du frai de grenouille, sont sur le pli semi-lunaire. Mais, maintenant, les lésions observées paraissent plus fongueuses qu'auparavant, surtout dans le tiers nasal de la paupière inférieure, près du bord palpébral : la formation a ici un aspect plus lardacé qu'il n'est d'habitude dans les follicules simples. Sur la paupière supérieure on voit, au milieu du bord palpébral, de petits nodules ronds, peu proéminents au début, mais qui, dans la suite, deviennent semblables à des nodules tuberculeux.

Ces boutons s'étendent aussi sur la conjonctive bulbaire.

Pas de point ulcéré sur toute la surface conjonctivale.

L'affection de la cornée a aussi fait des progrès, et maintenant presque tout le tiers supérieur est recouvert par un pannus qui est devenu plus dense.

Cette lésion superficielle, encore translucide, d'un rouge-gris avec un point jaune, est surtout accentuée dans la partie temporale du limbe cornéen supérieur. Dans la partie nasale de ce limbe on voit trois petites taches rondes, grises, translucides, l'une à côté de l'autre, faisant une toute petite saillie à la surface de la cornée.

Ces petites taches ou ces boutons superficiels, rappellent aussi l'aspect des nodules tuberculeux.

La partie inférieure de la cornée est normale, ainsi que la chambre antérieure et l'iris ; à l'ophtalmoscope, on ne trouve pas de maladie profonde de l'œil.

Nous ajouterons à ce qui a déjà été dit à propos des antécédents, que la mère est morte d'une maladie de poitrine dont la nature n'est pas connue. Du côté paternel, pas d'antécédents : la malade elle-même se portait bien. Rien d'anormal aux poumons, ni dans les autres organes. L'aspect général est bon.

Enfin, il nous reste à mentionner que le malade a pris, de mai 1885 jusqu'à ces temps derniers, de la liqueur de Fowler, et cela presque sans interruption, deux gouttes d'un mélange de cette liqueur avec de l'eau de menthe, deux fois par jour. Elle a donc pris, suivant les conseils du pharmacien où elle allait chercher le médicament, dans le cours de cette susdite année, 100 grammes de liqueur de Fowler, et cela, comme le montre l'état actuel, sans avantage appréciable ; pas de douleurs gastriques, seulement, dans ces derniers temps, des renvois aigres.

Diagnostic : Tuberculose de la conjonctive.

L'engorgement des ganglions préauriculaire et sous-maxillaire est important pour le diagnostic. Mais l'aspect des lésions est maintenant, lui aussi, bien plus caractéristique de la tuberculose que lors du premier examen de la malade, il y a deux ans.

Cet aspect est ici très semblable à celui du trachome folliculaire, et, en comparant directement l'œil de la femme S... à celui d'une malade atteinte de trachome et en traitement en même temps, on s'aperçoit que la différence entre les deux affections est peu prononcée.

Cette malade, atteinte de trachome, L..., avait 13 ans. Depuis deux ans et demi, elle souffrait de l'affection qu'elle avait, semble-t-il, contractée dans un pensionnat. Les différences d'aspect des deux malades étaient nettes sur les points suivants :

Chez la femme S..., l'augmentation de volume de la muqueuse était un peu plus modérée et les végétations, rappelant la forme de follicules ou de grains, étaient sur le point de faire place à une formation nouvelle plus fongueuse, granuleuse, et, par endroits, franchement tuberculeuse.

De plus, chez la femme S..., le pannus de la cornée était plus épais et moins vascularisé et avait quelque chose de particulier avec les nodosités situées à sa surface.

Enfin, chez la femme L..., les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires n'étaient pas engorgés.

Il n'est pas douteux que dans les pays où le trachome est fréquent, la tuberculose conjonctivale est, le cas échéant, prise pour du trachome pendant très longtemps.

En raison du degré d'évolution de la maladie et de la tuméfaction des ganglions cervicaux, le traitement devait être très énergique.

Ce traitement fut appliqué en plusieurs séances, afin de pouvoir observer la résistance des cicatrices.

Le 1^{er} juillet 1886, les plus grosses végétations de la conjonctive des paupières et du pli semi-lunaire furent extirpées avec le bistouri et les ciseaux, et leur surface d'implantation fut ensuite cautérisée au thermo-cautère.

Ensuite, le thermo-cautère servit à détruire les lésions moins importantes : un sac de glace fut appliqué sur la région malade durant les deux premiers jours. Le traitement fut bien supporté ; il n'y eut ni douleur violente, ni réaction inflammatoire vive.

10 juillet : La guérison fait des progrès : notamment l'état de la cornée s'est amélioré ; les nodosités sont devenues indistinctes. L'œil est plus aisément ouvert.

13 juillet : Etat meilleur.

21 juillet : La guérison progresse, la paupière supérieure présente moins de ptosis.

Le 4 août, deux des végétations de la conjonctive bulbaire situées l'une à côté de l'autre ainsi que les formations pathologiques de la cornée sont extirpées. C'est là où s'étaient développés surtout les boutons déjà décrits au point que le foyer avait, au moment de l'intervention, 6 millimètres de long et 4 millimètres de large : il est formé de grains transparents, folliculaires, de couleur jaune, peu proéminents, semblables à ceux que l'on voit aussi dans le trachome sur la conjonctive bulbaire et dans le voisinage du pli semi-lunaire.

Plus tard, dans la caroncule, sur la paupière supérieure et dans la moitié nasale du cul-de-sac de la paupière supérieure quelques cautérisations sont faites par endroits. Cette fois on anesthésia simplement à la cocaïne, on ne donna pas de chloroforme.

5-6 août : Très peu de douleur et de réaction.

7 août : Bon état ; les fils qui réunissaient les plaies conjonctivales sont enlevés.

23 août : Depuis quelque temps la malade avait de temps à autre des douleurs oculaires, surtout le soir et le matin.

Ces jours derniers ces douleurs sont plus rares.

Jusque dans les parties les plus reculées du cul-de-sac supérieur, la conjonctive est exempte de lésions, de destructions tuberculeuses, mais là encore on voit des nodules isolés.

Dans la suite, l'affection de la cornée est devenue plus grave. Le pannus épais s'étend maintenant presque jusqu'à la moitié de la cornée en bas. Ce pannus est, par comparaison avec le pannus du trachome, plus régulièrement gris et cependant transparent et assez dense.

Sa vascularisation est moyenne, sa surface unie. Seulement de petites saillies fines, rares, s'y montrent, semblables à des

phlyctènes, principalement sur le bord de la cornée et dans son voisinage.

L'injection de la conjonctive bulbaire a presque disparu entièrement ; encore un peu de ptosis. Les ganglions cervicaux sont un peu diminués de volume.

29 septembre. : On traite à fond l'affection cornéenne sous anesthésie : le pannus assez léger est détruit par l'incision et le grattage.

Puis sa surface est touchée au galvano-cautère. Enfin, tous les endroits suspects soit sur la paupière supérieure, ou la commissure ou sur la paupière inférieure, sont traités par le fer rouge, surtout dans le cul-de-sac, derrière le tarse.

Encore on applique un sachet de glace, on donne de l'atropine et de la cocaïne.

1-4 octobre : La guérison avance régulièrement et la malade est renvoyée le 4 octobre.

6 octobre : Bon état. La cornée devient lisse mais est encore terne assez loin en bas.

9 octobre : Pas de douleur.

18 octobre : La cornée s'est très bien éclaircie et vascularisée par endroits.

On donne de la pommade au précipité jaune.

20 octobre : La malade va bien.

22 octobre : La malade se sert de pommade au précipité jaune.

30 octobre : La malade supporte bien la pommade.

Etat de l'œil très satisfaisant : encore un peu de ptosis. Les cicatrices de la conjonctive ne sont pas aussi accusées ni aussi gênantes qu'on pouvait le craindre au début ; on n'aperçoit plus de nodosités.

Cornée encore assez trouble dans le tiers supérieur.

Toutes les portions de la conjonctive palpébrale supérieure et inférieure ainsi que du pli semi-lunaire qui ont été extirpées sont soigneusement examinées au point de vue des bacilles.

Malgré la virulence de l'affection, les bacilles ont été très rares et l'on a dû faire plusieurs préparations pour en trouver un.

On a constaté des nodules tuberculeux fréquents, nets, avec cellules géantes, sans bacilles.

En plusieurs endroits des préparations on a trouvé simplement un tissu de granulations formé de cellules rondes très nombreuses et c'est en somme ce tissu qui l'emporte dans les végétations tuberculeuses à proprement parler.

Le nombre des bacilles trouvés dans toutes les portions de tissu extirpées a été rare, mais principalement dans les végétations du cul-de-sac supérieur; ils étaient un peu plus nombreux dans celles du pli semi-lunaire et du cul-de-sac inférieur.

OBSERVATION XI (du professeur HAAB)

(Thèse d'Amiet, Zurich, 1887).

Ce fut un tout autre aspect que présenta la jeune R. E., 12 ans, de L., qui vint consulter le 21 décembre 1886 le professeur Haab.

L'affection de l'œil gauche commença ici en même temps que la tuméfaction des ganglions préauriculaire et sous-maxillaires, il y a trois mois.

Cette tuméfaction ganglionnaire, au dire de la mère de la malade, fut considérable d'abord, peu à peu les ganglions ont diminué de volume et il en persiste encore un au-devant de l'oreille, près du tragus, qui a 2 centimètres de diamètre et un centimètre de hauteur.

La peau n'est ni adhérente au ganglion, ni rouge, — pas de douleur à la pression.

La portion temporale de la paupière inférieure est légèrement retournée par suite de la présence d'un tubercule gros comme un noyau de cerise qui s'étend jusque dans la partie temporale du tarse et occupe toute l'épaisseur de la paupière. L'enveloppe en est rouge, et présente près de l'extrémité nasale du tubercule, un petit orifice comme une fistule.

La pression n'est pas douloureuse et ne fait rien sourdre de la fistule.

La conjonctive palpébrale inférieure entière est tuméfiée et offre par ci par là dans sa portion tarsale de petites taches rondes, transparentes, grises, recouvertes de mucus, non proéminentes.

Dans le cul-de-sac se montrent des productions en forme de crête de coq assez étendues et des petits grains folliculaires, principalement dans la portion nasale du cul-de-sac.

La conjonctive palpébrale supérieure est normale, sauf un petit tubercule dans sa portion temporale et tarsale.

La conjonctive bulbaire n'offre rien de particulier. L'œil gauche est complètement sain.

L'enfant est d'ailleurs bien portante, n'a jamais été malade.

Elle a été traitée jusqu'ici surtout par les astringents, dernièrement par le cuivre.

Diagnostic : Tuberculose de la conjonctive et du tarse. Encore plus que dans le cas précédent, il fallait ici songer au côté esthétique et éviter par le traitement une déformation des traits. Le 6 janvier 1887, on enlève la plus grande partie du tubercule de la paupière par la face conjonctivale : la peau fut respectée. L'opération fut pratiquée avec le bistouri et le thermocautère : le tubercule se montra assez ferme, lardacé, sans ressemblance avec un chalazion. La guérison fut rapide. Le 24 janvier, on constata qu'à droite et à gauche de l'endroit opéré, il persistait deux petits boutons durs, seul reste du gros tubercule. L'état de l'œil s'améliora encore et seule une légère tuméfaction de la portion temporale de la paupière inférieure trahit la place de l'affection.

Le ganglion préauriculaire n'avait ni augmenté, ni diminué de volume, n'était pas douloureux à la pression.

Il fallut ensuite détruire les végétations de la portion nasale de la conjonctive palpébrale inférieure qui avaient augmenté de nombre depuis la première intervention. Le 25 janvier 1887, sous chloroforme, les deux points indurés de la partie temporale de la paupière furent incisés par le côté conjonctival et avec la curette on enleva tout le tissu atteint. La peau de la paupière resta complètement intacte ; toutes les parties sus-

pectes de la conjonctive palpébrale inférieure furent ensuite cautérisées.

Ce traitement fut très bien supporté. Au bout de quelques heures (pendant lesquelles on appliqua de la glace), il n'y eut plus de douleur et la guérison marcha rapidement à l'abri d'un pansement au sublimé.

Le 31 janvier, le pansement fut enlevé. Le résultat opératoire est très satisfaisant. Les portions indurées ont disparu. La conjonctive palpébrale inférieure n'offre pas de cicatrice difforme, seule la base d'implantation du gros tubercule est marquée par un tissu cicatriciel, mais sans que l'on puisse craindre une gêne fonctionnelle.

Par contre, le ganglion préauriculaire donne des difficultés. Lorsque l'enfant qui s'en était allée dans sa famille, le 3 mars, revient le 24, on constate que le ganglion a grossi, son sommet est fluctuant, la peau est rouge et adhérente.

Le médecin ordinaire de la malade l'incisa, il sortit des masses caséeuses de ce foyer purulent, et la guérison fut également parfaite de ce côté-là.

Le 25 mai, l'œil avait un aspect tout à fait normal. Epaisissement et induration au niveau de l'implantation du gros tubercule ont disparu; il ne reste plus que les cicatrices de la conjonctive et encore sont-elles à peu près insignifiantes.

En abaissant la paupière inférieure, on aperçoit une bride cicatricielle qui se dirige vers le bulbe.

Quelques légères cicatrices persistent là où le galvano-cautère a passé. Le reste de la conjonctive ne présente ni rougeur ni tuméfaction, il y a encore seulement un peu de catarrhe contre lequel on prescrit un astringent.

La tumeur excisée présente au microscope une toute autre apparence que celle des végétations de la malade précédente, la femme S... Il y a un grand nombre de cellules géantes, surtout au centre des follicules tuberculeux encore jeunes. Ces follicules tuberculeux sont englobés dans un tissu bien vascularisé, composé de nombreuses cellules rondes et ressemblant à un tissu de granulations.

En ce qui concerne les bacilles, leur recherche n'a pas été facile. Malgré le nombre des follicules tuberculeux et des cellules géantes, les bacilles sont très rares; on trouve 20 à 30 cellules géantes pour un bacille; parfois les bacilles se trouvent dans les cellules épithélioïdes situées autour des cellules géantes. La préparation ayant été mise seulement dans l'alcool et non dans le liquide de Müller, il n'y a pas lieu de songer à une coloration défectueuse, d'autant moins que les rares bacilles constatés sont fortement colorés et parfaitement nets.

OBSERVATION XII

Verrey. — Tuberculose primitive de la conjonctive chez une jeune fille de 14 ans.

(Citée en *Annales d'oculistique*, 1887. *Annalectes ophthalmologiques*).

Pas d'antécédents héréditaires. Début soudain de l'affection tuberculeuse dans la paupière supérieure de l'œil droit, dont la conjonctive tarsale présente au bout de quelque jours déjà un aspect caractéristique. Une ulcération à fond grisâtre, lardacé, se voit sur une muqueuse très épaissie, infiltrée, dont le tissu papillaire est notablement hypertrophié. En même temps, tuméfaction rapide d'une glande préauriculaire du même côté. L'examen microscopique soit du tissu conjonctival, soit du pus de la glande préauriculaire au moment de son ouverture, confirme le diagnostic de tuberculose par la constatation des bacilles de Koch, fort abondants dans le pus de la glande lymphatique suppurée, très rares au contraire dans la tumeur conjonctivale.

OBSERVATION XIII (REUSS)

(*Société Médicale de Vienne*, 22 avril 1887).

Malade âgé de 60 ans, de famille tuberculeuse, atteint lui-même de tuberculose pulmonaire. Il y a un an, sensation de lourdeur dans l'œil droit, traitement au nitrate d'argent, amélioration.

Actuellement, paupières de l'œil droit tuméfiées; conjonctive

palpébrale inférieure couverte de granulations rondes et plates, dans sa moitié externe ulcère à bords fongueux et dont le fond est recouvert de granulations.

L'examen d'un fragment excisé du bord de l'ulcère décèle la présence de cellules géantes et d'un grand nombre de bacilles tuberculeux.

OBSERVATION XIV

GILLET DE GRANDMONT. — Lupus conjonctival

(*Recueil d'ophtalmologie* 1888, p. 636)

(*Bulletin Médical*, 14 octobre 1898.)

Un enfant de 14 ans, bien portant en apparence, toutefois orphelin de mère morte d'affection pulmonaire, présente dans le cul-de-sac de la conjonctive une tumeur framboisée de couleur et d'aspect, non ulcérée, déterminant dans le voisinage de l'injection conjonctivale, mais n'ayant occasionné aucun engorgement ganglionnaire.

Sur la joue opposée, l'enfant porte au niveau du cul-de-sac lacrymal une petite coloration superficielle, un peu écailleuse sur les bords, qui donne l'idée du loup.

La tumeur de la conjonctive est alors excisée et portée dans la chambre antérieure d'un lapin. Elle s'y résorbe et cinq semaines après, alors que l'on croyait à un résultat négatif, des granulations blanc jaunâtre apparaissent sur l'iris, y déterminent une iritis puis par propagation une kérato-iridite avec vascularisation de la cornée et déformation staphylomateuse de cette membrane.

Ces altérations sont en tout semblables à celles que M. Gillet de Grandmont a obtenues en inoculant dans la chambre antérieure d'un lapin un tubercule de poumon humain.

OBSERVATION XV

(*Archives d'ophtalmologie*, 1892, p. 58.)

Albrand rapporte un cas de tuberculose de la conjonctive de la paupière supérieure, chez une jeune fille de 17 ans, sans

autres concomitants tuberculeux que des engorgements ganglionnaires préauriculaires et siégeant vers l'angle de la mâchoire du même côté. La nature tuberculeuse de l'affection fut prouvée par l'examen histologique et bactériologique de parcelles conjonctivales et leur inoculation.

La malade fut traitée par plusieurs séries d'injection de tuberculine Koch, du commencement décembre 1890, jusqu'à la fin de février 1891.

L'amélioration fut telle qu'on put croire la malade guérie. A noter la présence d'un petit chalazion qui n'éprouva par l'injection aucune réaction locale.

Un mois après, la récurrence était manifeste.

OBSERVATION XVI

Motais. — Tuberculose de la conjonctive. — Mort par phtisie pulmonaire

(Soc. d'ophth., 8 mars 1892.)

..., fillette de 8 ans.

Paupière supérieure gonflée, violacée, tapissée intérieurement de granulations rosées ou grisâtres et creusées de deux ulcérations peu profondes, grisâtres. Le ganglion préauriculaire était engorgé, l'autre œil normal. Santé ordinaire. On ne pouvait ici songer au trachome, car les corps granuleux n'étaient que peu saillants et constituaient plutôt une sorte d'induration de la paupière. Il y avait du reste peu de sécrétion.

Inoculations faites donnèrent des résultats positifs.

OBSERVATION XVII

Vignes. — Tuberculose conjonctivale

(Soc. d'oph. de Paris, 6 décembre 1893.)

..., enfant de 7 ans.

En relevant la paupière supérieure de l'œil droit on apercevait sur la conjonctive bulbaire, entre le droit supérieur et le droit externe, une petite ulcération arrondie à bords légèrement déchiquetés, taillés à pic, de la grandeur d'une lentille. Elle intéressait toute l'épaisseur de la conjonctive et son fond

qui répondait à la sclérotique était recouvert d'un magma blanc jaunâtre d'aspect pyoïde. Cette ulcération était accompagnée d'une très petite réaction conjonctivale mais le ganglion lymphatique préauriculaire correspondant était le siège d'une légère adénite.

L'examen fut négatif au point de vue des bacilles tuberculeux. Cependant l'ulcération d'abord limitée affecte dans les jours suivants une marche serpigineuse; elle se phagédénise tandis que l'adénite du ganglion préauriculaire devenait suppurative et que les ganglions maxillaires inférieurs se prenaient également.

J'ai introduit dans la chambre antérieure gauche d'un lapin un fragment de tissu conjonctival puis dans l'autre œil le quart d'une seringue de Pravaz de pus recueilli dans une collection sous-cutanée formée sur le trajet des voies lymphatiques allant de l'œil au ganglion préauriculaire.

L'inoculation donna un résultat positif et de même l'examen des produits d'inoculation, il s'agissait là d'une tuberculose irienne manifeste.

Assurément l'ulcération de mon petit malade et les accidents infectieux qui l'ont suivie ont été précédés de la formation d'un amas tuberculeux analogue.

OBSERVATION XVIII

Un cas de tuberculose de la conjonctive probablement primaire, suivie d'infection générale et de mort.

(*Annales d'oculitique*, 1896.)

M. Cheny (de Boston). — La lésion primaire apparut à la surface conjonctivale sur la paupière supérieure gauche, présentant l'aspect typique.

L'examen microscopique révéla la présence du bacille de Koch. Gonflement des glandes préauriculaires. Poumons normaux.

La malade quitta la clinique, le 6 mai et mourut le 4 juillet de tuberculose généralisée. La principale lésion semble avoir dans le larynx.

OBSERVATION XIX

Armaignac. — Tuberculose primitive des paupières. — Généralisation aux poumons et au larynx. — Mort.

(*Soc. française d'ophtalmologie*, mai 1897, page 333).

H. . . , 31 ans, ayant toujours joui d'une excellente santé générale. Au moment de l'observation, il présentait un colobome de la paupière supérieure survenu peu à peu, dans l'espace de 5 ou 6 mois et n'étant que la terminaison d'un profond sillon qui divisait la face muqueuse en deux moitiés : la moitié interne rugueuse, mûriforme, ressemblant absolument à un vieux trachome négligé et la moitié externe, lisse, rouge et paraissant dépourvue d'épithélium sur une certaine étendue de sa surface.

Le malade fut traité localement par des badigeonnages de solution, saturée de chlorate de potasse, répétés quatre fois par jour et des injections interstitielles de solution de sublimé à 1/5000 pratiquées tous les huit jours au moyen du faisceau d'aiguilles qui sert pour le tatouage de la cornée.

Au bout de quelques semaines de ce traitement la surface de la muqueuse était devenue lisse, polie et paraissait guérie. Il se développe alors très rapidement dans l'espace de trois semaines, un gros bourgeon charnu dans l'angle interne de l'œil au dessus de la caroncule.

L'examen microscopique de ce bourgeon qui avait été excisé démontra l'existence de nombreux nodules tuberculeux, de cellules géantes et de quelques bacilles de Koch, logés dans des nodules, soit entre les cellules géantes, soit dans l'intérieur même de celles-ci.

Le bourgeon ne se reproduisit pas, les paupières guérèrent complètement, [mais trois ans après le début apparent de l'affection palpébrale et alors que celle-ci était complètement guérie, apparurent des signes évidents de tuberculose pulmonaire et laryngée qui amenèrent la mort du malade environ un an après la guérison de l'affection palpébrale et plus de quatre ans après le début apparent de la tuberculose de la paupière.

OBSERVATION XX

Communication de M. Valude

(*Bulletin médical*, 11 août 1897).

Enfant de 3 ans, atteint d'un lupus à la joue et qui à la faveur d'un pansement recouvrant à la fois la joue et l'œil, subit une inoculation à la conjonctive bulbaire.

Sclérotique disparue dans ce nodule tuberculeux. Abrasion complète de cette ouverture scléroticale. Guérison simple. C'est une sorte de trépanation de la coque fibreuse et vasculaire de l'œil.

OBSERVATION XXI

Tuberculose de la conjonctive

(*Revue Médicale de l'Est*, 1897).

M. Rohmer présente à la Société de Médecine de Nancy, le 24 mars 1897, une fillette de 8 ans 1/2, atteinte de tuberculose de la conjonctive. Elle présentait sur l'œil droit une tumeur arrondie, mesurant environ 7 à 8 millimètres en tous sens, située en haut et en dehors de la cornée, sans intéresser cette membrane. Sur les bords de la tumeur, la conjonctive était ulcérée, s'entre-bâillant pour laisser passer la tumeur, qui avait l'aspect d'un chou-fleur à forme végétante. Il y a huit jours, la tumeur a été excisée au ras du globe, d'un coup de ciseau. On a vu une large base d'implantation, au centre de laquelle était un point noirâtre, qui n'était autre que la choroïde apparaissant à travers la sclérotique ulcérée à cet endroit. La vision est bonne, et l'ophtalmoscope ne révèle rien d'anormal dans le fond de l'œil. Le jour de l'entrée de l'enfant à l'hôpital, on sentait un petit ganglion au-devant de l'oreille droite. Ce ganglion a disparu à la suite de pansements iodoformés appliqués depuis que l'excision de la tumeur a été pratiquée.

Sur la joue gauche, au-devant de la parotide, est une tumeur sous-cutanée, située au niveau du canal de Sténon, grosse

comme une noisette, qui paraît être un ganglion développé à ce niveau, mais anormal comme siège.

La tumeur de l'œil droit a été diagnostiquée tuberculose de la conjonctive et de la sclérotique, diagnostic qu'a confirmé l'examen histologique, mais sans qu'on ait trouvé de bacilles de Koch.

En huit jours, la tumeur a de nouveau acquis le volume qu'elle avait huit jours avant l'excision.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette tumeur, comme toutes celles nées sur la face externe du globe, n'a que peu de tendance à envahir la cavité de l'œil.

OBSERVATION XXII

Bronner. — Tumeur tuberculeuse de la conjonctive

(*Revue d'ophtalmologie*, 1897, page 558.)

Jeune fille strumeuse, de 16 ans, avait été soignée et guérie de tumeurs tuberculeuses des narines. Quelques semaines plus tard, on trouve chez elle une tumeur plate, rougeâtre, de la conjonctive de la paupière inférieure droite. La grosseur fut enlevée et l'endroit cautérisé avec du nitrate d'argent. Trois fois on observa la reproduction avec des intervalles de trois à quatre semaines. Le traitement fut toujours le même et la guérison paraît maintenant définitive. Au microscope, des coupes de la conjonctive présentaient des nodules typiques, avec cellules géantes ; il n'est pas dit si on a trouvé le bacille ou si on a fait des inoculations. Bronner attire l'attention sur la croissance rapide de la tumeur, l'absence d'ulcération et la guérison rapide.

OBSERVATION XXIII

(Parisotti. — Tuberculose de la conjonctive

Bolletino della R. Accademia med. di Roma, 1897.)

(Analyse in *Revue d'ophtalmologie*, page 40, année 1897.)

Dans un cas de catarrhe printanier, Parisotti a observé sur la conjonctive bulbaire de petites granulations dont l'examen

histologique a démontré la nature tuberculeuse ; l'examen bactériologique donne un résultat négatif.

OBSERVATION XXIV

Heinersdorff. — Tuberculose conjonctivale simulant le trachome.

(*Annales d'oculistique*, juin 1898, p. 187).

Une jeune fille de 17 ans, fut pendant deux ans traitée pour une conjonctivite granuleuse avec pannus et taches de la cornée.

L'excision du trachome de la conjonctive démontra que les granulations ne présentaient pas l'image du trachome, mais plutôt de follicules tuberculeux constitués par des cellules épithéliales avec cellules géantes.

L'inoculation dans un œil de lapin, ne donna d'abord aucun résultat, mais au bout de quatre mois il se développa de petits nodules autour de la plaie cornéenne et également de l'iris et de la cornée en bas de la chambre antérieure, à l'endroit où avait résidé le fragment inoculé.

Il est bien probable qu'il s'agissait de tuberculose comme le pense Heinersdorff, bien que le bacille ne pût être trouvé ni dans les granulations primitives, ni dans l'œil du lapin.

OBSERVATION XXV

PISENTI (*Arch. d'ophth.*, 1898)

Un enfant âgé de 3 ans présentait une petite tumeur ayant le volume d'un grain de maïs, logée sous la paupière supérieure, en rapport avec la partie supérieure du tarse, vers l'angle externe de l'œil droit.

Tout antécédent et toute manifestation tuberculeuse faisant défaut, on crut à un granulome simple. Excision facile, la tumeur étant pédonculée. Au microscope, structure typique de granulome tuberculeux et présence de bacilles de Koch.

A part la rareté de la tuberculose de la conjonctive (environ

85 observations), l'observation de M. Pisenti est intéressante au point de vue de la difficulté du diagnostic clinique, de l'âge du petit malade et de la forme anatomique du tuberculome.

Il est, en effet, beaucoup plus fréquent de rencontrer une tarsite tuberculeuse plus ou moins diffuse avec participation de la conjonctive, qu'un tuberculome isolé et pédonculé en rapport avec le tissu du tarse mais constituant presque un polype de la conjonctive.

OBSERVATION XXVI

Antonelli. — Tuberculose conjonctivale.

(*Revue d'ophtalologie*, 1898, p. 122).

Un enfant âgé de 3 ans, présentait une petite tumeur ayant le volume d'un grain de maïs, logée dans la paupière supérieure, en rapport avec la partie supérieure du tarse, vers l'angle externe de l'œil droit.

Tout antécédent et toute manifestation tuberculeuse faisant défaut, le diagnostic posé fut celui de granulome simple. Excision facile, la tumeur étant pédonculée. Au microscope, structure typique du granulome tuberculeux et présence de bacilles de Koch colorés par la méthode Ziehl-Neelsen.

OBSERVATION XXVII

(*Archives d'ophtalmologie*, 1898).

Grunert relate l'observation d'un cas de conjonctivite tuberculeuse chez un jeune homme âgé de 27 ans, atteint de phthisie pulmonaire, vérifié bactériologiquement. C'était surtout la paupière supérieure de l'œil gauche qui était le siège de l'affection tuberculeuse, tandis que dans la conjonctive de la paupière inférieure gauche, il n'y avait que quelques petits foyers isolés, ressemblant à des granulations d'aspect de frai de grenouilles; la paupière supérieure était le siège d'une enflure très considérable. La conjonctive présentait des altérations qui rappelaient de loin le trachome, mais qui étaient beaucoup plus considérables. A côté d'ulcères superficiels ou profonds, il y avait

des cicatrices linéaires ou étoilées et des granulations abondantes. Le ganglion préauriculaire de ce côté était enflé. Ce qui faisait écarter l'idée de trachome déjà cliniquement, c'était l'absence de pannus cornéen et l'unilatéralité de l'affection malgré sa longue durée.

On pratiqua l'excision des foyers de la conjonctive de la paupière inférieure et celle de toute la conjonctive et du cartilage tarse de la paupière supérieure.

Il n'y eut pas de récurrence et le résultat fonctionnel était bon; il ne se forma pas d'ectropion.

La preuve de la nature tuberculeuse de l'affection fut apportée par l'examen microscopique et bactériologique des parties excisées et par l'inoculation au cobaye.

L'auteur ne croit pas qu'il se soit agi dans son cas d'une infection endogène, c'est-à-dire d'une métastase, mais bien d'une infection exogène probablement occasionnée par le mouchoir souillé de crachats.

OBSERVATION XXVIII

Vieusse. — Tuberculose de la conjonctive

(*Bulletin de la Société française d'ophtalmologie*, décembre 1897).

Laf. . . Euphrasie, née à Fabas, âgée de 15 ans, se présente à la clinique ophtalmologique, le 14 mars 1897, pour une affection de l'œil gauche.

Dans ses antécédents héréditaires rien d'important à signaler. Elle présente un lupus de toute la face et du nez qui a débuté il y a deux ans et pour lequel elle est en traitement à la clinique dermatologique.

En examinant la malade on constate que la paupière supérieure de l'œil gauche est tuméfiée, rouge violacé et présente un ptosis qui cache toute la cornée, la malade est dans l'impossibilité de la faire mouvoir.

Par la palpation on sent que la paupière inférieure est endurcie dans son tiers interne et qu'au centre de cette induration il existe un nodule présentant une dureté cartilagineuse;

la conjonctive bulbaire est légèrement injectée. En retournant la paupière on voit que la partie qui présente l'induration déjà signalée est occupée par un ulcère de 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de diamètre. — Les bords de cette ulcération sont surélevés, fongueux, ils présentent plusieurs sillons d'une profondeur variable. Le fond de cette ulcération est jaunâtre. Les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires ne présentent rien d'anormal.

En présence de cette ulcération, de son évolution et surtout à cause du lupus de la face on diagnostique un ulcère tuberculeux de la conjonctive que l'on traite par des cautérisations au galvano-cautère. — Après cocaïnisation, l'ulcère est touché dans toute son étendue par le couteau galvanique ainsi que toute la partie environnante qui est fortement gonflée et hyperémiée. — Le 22 mars, on fait une nouvelle cautérisation; ce mode de traitement est répété tous les huit jours et ce n'est qu'au bout d'un mois que la guérison est obtenue. La malade est revue deux mois plus tard et l'on constate que la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XXIX

VIEUSSE (*Bulletin Société française d'opht.*, décembre 1899).

Joséphine D..., âgée de 21 ans, née à Mulan (Gers), vient consulter à la clinique ophtalmologique, le 29 octobre 1898. Dans ses antécédents personnels et héréditaires rien d'important à signaler.

La malade présente un lupus du nez et de la face. Cette affection, survenue dans son jeune âge, s'étant particulièrement développée depuis quelque temps, la malade est entrée dans le service des maladies de la peau. Elle vient réclamer nos soins pour une affection de la conjonctive de la paupière supérieure droite.

En examinant la partie malade on s'aperçoit que la paupière supérieure est congestionnée et épaissie, tandis que celle qui recouvre la paupière inférieure a son aspect normal. La cornée ne présente aucune altération.

Si pour un plus ample examen on renverse la paupière supérieure de manière à bien mettre en évidence sa surface conjonctivale, voici ce que l'on constate: Toute la moitié interne de la paupière est revêtue d'une infiltration en nappe qui semble avoir augmenté l'épaisseur de la conjonctive d'une manière très considérable. Cet épaissement n'est pas uniforme, la surface de la conjonctive n'est pas unie, elle présente de petites saillies très nombreuses, jaunâtres au centre, présentant l'aspect des granulations.

Cependant, en y regardant de près, il est facile de constater qu'un certain nombre de ces granulations offrent dans leur partie la plus élevée une perte de substance se traduisant par une petite ulcération. L'œil n'est pas injecté, sa sécrétion nulle, pas d'engorgement des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires.

Le diagnostic fut qu'il s'agissait d'une infiltration tuberculeuse de la conjonctive et le traitement consista dans l'ablation avec les ciseaux de toute la partie infiltrée, suivie d'un grattage avec la curette et d'une cautérisation avec le galvano-cautère.

Pour tout pansement on répandit de la poudre d'iodoforme sur la surface malade et un bandage occlusif maintint l'œil fermé pendant trois jours.

Cette intervention avait eu lieu le 5 novembre 1898. Dix jours après, le résultat était excellent. A la place où siégeait l'infiltration de la conjonctive on apercevait une surface lisse, non bourgeonnante, mais encore un peu rouge. Par mesure de précaution on fait un raclage avec la curette, suivi d'une cautérisation avec le galvano-cautère.

Revue le 27 décembre 1898 la malade va très bien; l'infiltration de la conjonctive a complètement disparu et à sa place il existe un tissu cicatriciel, blanc, très résistant; l'hypérémie de la conjonctive a complètement disparu et la guérison paraît parfaite.

La partie de la conjonctive enlevée a été examinée au microscope et cet examen a montré que le tissu était tuberculeux.

Il était en effet constitué par un grand nombre de cellules épithéliales au milieu desquelles on apercevait des cellules géantes, — sur certains points de la préparation on voyait des plaques de dégénérescence caséuse. Malgré tous nos efforts il a été impossible de mettre en évidence le bacille de Koch.

OBSERVATION XXX

VIEUSSE. (*Bull. Société française d'ophtalmologie*, déc. 1899).

R... Elisa, âgée de 15 ans, née aux Cabanes (Ariège), vient nous consulter à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu le 24 janvier 1899.

Dans ses antécédents héréditaires, on relève que son père a succombé jeune encore à la suite d'une cystite probablement de nature tuberculeuse, qu'un frère âgé de 15 ans est mort de tuberculose pulmonaire, qu'un autre frère âgé de 18 ans est dans un état de santé qui laisse à désirer, ainsi qu'une sœur plus jeune qu'elle.

Quant à notre malade, elle a toujours été bien portante dans son enfance. Elle n'a commencé à souffrir que depuis un an : elle est devenue faible, son appétit a diminué au point qu'actuellement la malade est atteinte d'une inappétence complète. Elle s'enrhume facilement, mais ne tousse pas. L'examen du poumon est négatif, les amygdales sont grosses.

La maladie a débuté il y a un an environ par un petit bouton à la paupière inférieure droite. Ce bouton a augmenté peu à peu de volume, puis est tombé, laissant à sa place une perte de substance. En examinant la malade, on voit que toute la paupière inférieure droite est rouge, épaisse, gonflée dans toute son étendue, principalement dans sa partie externe, la sécrétion conjonctivale est pour ainsi dire nulle.

En retournant la paupière, on remarque une plaie fongueuse, occupant le tiers moyen de la paupière. Cette ulcération, qui présente environ un diamètre d'un centimètre et demi offre, les caractères de l'ulcère tuberculeux. [Il siège en effet sur une partie de la paupière qui est épaissie, il est entouré d'une zone

d'infiltration dont les limites sont mal tracées, ses bords sont mal limités, ravinés : de plus, il sécrète une substance jaunâtre, présentant la plus grande analogie avec la matière tuberculeuse ramollie. Pas d'engorgement des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires.

Dans ce cas, le diagnostic d'ulcère tuberculeux ne pouvait être douteux : aussi on propose à la malade de faire l'ablation de la partie malade ; mais ce traitement ne put être mis en pratique, la malade n'ayant pas été revue.

OBSERVATION XXXI

D^r Baquis (Livourne). — Tuberculose de la conjonctive tarsienne

(*Recueil d'ophtalmologie*, 1899, p. 552).

Enfant de 3 ans, présentant une ulcération assez vaste, entourée de nodules grisâtres, au milieu de la région tarsienne de la paupière supérieure. Guérison radicale (elle persiste depuis deux ans), grâce à l'excision de quelques nodules, au curettage et aux cautérisations. A l'examen microscopique des lambeaux excisés, les tubercules montraient leurs caractères histologiques, y compris la présence des cellules géantes au centre, mais aucune méthode de coloration ne montra les bacilles. L'inoculation dans la chambre antérieure des lapins provoqua une tuberculose expérimentale classique, l'iris de ces animaux montrant des tubercules à éléments lymphoïdes, chargés de bacilles, mais dépourvus de cellules géantes.

OBSERVATION XXXII

Lagrange et Cabannes. — Tuberculose conjonctivale primitive.

(*Archives d'ophtalmologie*, juillet 1900)

J. B., âgé de 8 ans, se présente à la consultation ophtalmologique de l'hôpital des Enfants pour une affection de l'œil gauche. Le père et la mère, bien portants, ont eu deux enfants en

bonne santé. Il n'existe aucun antécédent bacillaire dans la famille. Au mois de mai dernier (1895) le jeune malade reçoit en jouant avec un parapluie l'extrémité d'une baleine dans la partie supéro-externe de la paupière supérieure gauche; il en résulte un gonflement marqué de la paupière dû à une hémorragie sous-cutanée. Ces phénomènes disparaissent au bout d'une semaine. Sur ces entrefaites, l'enfant reçoit au même point un coup d'ongle d'un de ses camarades. Quelques jours après ce nouveau traumatisme, vers le 15 juin, la paupière devient œdémateuse. Un engorgement ganglionnaire préauriculaire se montre alors avec douleur à la pression.

Le 18 juillet 1899, le petit malade présentait un peu de ptosis de la paupière supérieure gauche avec une sécrétion conjonctivale modérée. L'engorgement préauriculaire était représenté par un ganglion du volume d'une amande, mobile, dur, non douloureux. L'angle gauche du maxillaire inférieur est occupé par un ganglion plus petit, offrant les mêmes caractères. En soulevant à demi la paupière supérieure, on découvre sur la conjonctive tarsienne une série de granulations qu'on peut évaluer à dix-huit environ, offrant une analogie frappante avec celles du trachome aigu dont elles diffèrent peut-être par une coloration plus jaune. Jusqu'aux premiers jours d'août les tubercules crus existent seuls; ensuite ils se transforment en s'ulcérant. A cette époque, dans la partie la plus externe du cul-de-sac conjonctival supérieur, qu'on peut explorer en faisant regarder le petit malade fortement en bas et en dedans, on découvre une surface ulcérée, ayant à peu près un centimètre d'étendue transversale sur un demi-centimètre de hauteur, d'aspect blanc grisâtre, surélevée au-dessus du niveau de la conjonctive bulbaire, sur laquelle elle repose. Tout autour, la conjonctive est œdémateuse, épaissie et congestionnée.

L'ulcération semble adhérer profondément; son pourtour ne présente pas de couronne de granulations spécifiques. La portion de la conjonctive palpébrale correspondante est un peu blanche; on ne découvre pas de granulations sur la conjonctive bulbaire ni dans les autres régions de l'œil. L'œil droit est

normal. La santé générale du petit malade est bonne. Les poumons respirent bien et ne présentent aucune trace de localisation tuberculeuse. Cet enfant a été soumis à l'examen attentif de M. le professeur Moussous, professeur de clinique médicale à l'hôpital des Enfants, qui a conclu comme nous à l'intégrité de l'appareil pulmonaire. D'ailleurs, son état général est excellent : il n'a pas maigri; ses fonctions digestives s'accomplissent d'une façon absolument normale et la lésion locale de sa conjonctive ne porte aucune altération, à sa santé. On trouve sur le côté droit du cou une petite surface gaufrée, cicatricielle, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, au sujet de laquelle la mère du petit malade ne peut donner aucun renseignement précis.

En somme, un enfant d'aspect bien portant, n'ayant été sujet à aucune maladie sérieuse au cours de sa première enfance, présente, après un double traumatisme de la paupière ayant intéressé la conjonctive, une affection oculaire offrant tous les caractères cliniques d'une tuberculose primitive de la conjonctive, avec sécrétion modérée et intumescence ganglionnaire caractéristique. Afin d'étayer ce diagnostic probable sur une base plus certaine, on fait l'examen bactériologique de la sécrétion puisée au-dessus de l'ulcération conjonctivale. Le bacille de Koch ne put être découvert. Un petit fragment de la conjonctive du cul-de-sac fut alors excisé et examiné microscopiquement. Il fut aisé de trouver sur les coupes de nombreux tubercules avec des cellules géantes caractéristiques. La méthode de Ziehl permit de découvrir le bacille de Koch dans l'une des coupes pratiquées. Le microbe spécifique fut encore retrouvé en assez grande abondance dans le pus caséeux du ganglion sous-maxillaire qui, à un moment donné, avait grossi et était devenu douloureux et fluctuant. Malgré la présence du bacille de Koch dans le caséum ganglionnaire, l'inoculation du cobaye resta négative. Ce dernier fait prouve le peu de virulence du bacille de cette conjonctivite tuberculeuse dont l'évolution a d'ailleurs des allures lentes. Sous l'influence d'un traitement local consistant en massage quotidien à la poudre

d'iodoforme le malade s'achemine vite vers la guérison, et pour l'obtenir plus vite encore, l'un de nous ajoute au massage iodoformé l'abrasion à la curette des ulcérations tuberculeuses.

Le malade, constamment tenu sous l'influence d'un traitement général approprié, est complètement guéri deux mois après le début de l'affection.

OBSERVATION XXXIII (inédite)

(Prise dans le service de M. le professeur Gayet)

N... Marie, 23 ans, née à Saint-Genis-Laval, se présente à la clinique ophtalmologique le 6 octobre 1899.

Antécédents héréditaires : Nuls.

La malade a toujours joui d'une excellente santé ; elle paraît douée d'une constitution robuste.

Début de la maladie : Le 20 août, la malade reçoit des confettis dans l'œil gauche. Elle se frotte les yeux à diverses reprises et accuse aussitôt une douleur assez vive qui s'atténue peu à peu. L'œil est rouge et tuméfié ; la malade ne s'en inquiète pas tout d'abord et reste quelque temps dans cet état. Ce n'est que le 6 octobre que, voyant son œil toujours rouge, elle se décide à venir consulter à la clinique de M. le professeur Gayet.

6 octobre : Etat actuel. A ce moment on constate de l'œdème et de la rougeur de la paupière inférieure gauche : le gonflement surtout marqué à la partie externe provoque un écartement entre la paupière et le globe oculaire.

En renversant la paupière on constate dans la portion externe une anfractuosité assez étendue dans laquelle il y a un peu de pus coagulable.

Le ganglion préauriculaire gauche est assez volumineux.

A ce moment et en présence de ces seuls symptômes M. Gayet émet l'opinion qu'il pourrait s'agir là d'une ulcération syphilitique de la conjonctive ; il ordonne alors le traitement spécifique.

Traitement : Sirop de Gibert ; sulfate de cuivre.

10 octobre : Le ganglion préauriculaire est de même volume, à ce moment la paupière inférieure est parsemée de granulations grisâtres très facilement visibles lorsqu'on renverse la paupière.

13 octobre : La conjonctive palpébrale inférieure est envahie dans une plus grande étendue qu'au dernier examen. Les granulations s'étendent sur la conjonctive bulbaire au niveau de l'angle externe de l'œil.

18 octobre : Induration nette de la paupière inférieure.

23 octobre : Etat stationnaire; cependant on constate une légère diminution du ganglion préauriculaire.

En présence de l'état actuel de la lésion M. le professeur Gayet pense qu'il s'agit d'une tuberculose conjonctivale et charge M. Aurand d'inoculer un cobaye pour confirmer son diagnostic.

24 octobre : M. Aurand, chef du laboratoire, inocule un cobaye à la face interne de la cuisse droite avec un fragment des granulations.

30 octobre : Depuis quelques jours sont apparues au niveau du fornix quelques granulations assez grosses identiques à celles de la paupière inférieure.

15 novembre : Etat identique.

20 novembre : Paupière gauche toujours très enflammée. La conjonctivite est très accusée. Ectropion prononcé.

25 novembre : *Examen du cobaye*. Au niveau du point d'inoculation du cobaye on constate un ganglion de la grosseur d'un petit pois; l'état général de l'animal est assez bon.

10 décembre : Le ganglion du cobaye est maintenant comme une petite noisette; un second est apparu au-dessus du premier; amaigrissement notable de l'animal qui a perdu ses poils au ventre et mange beaucoup moins.

12 décembre : Le ganglion préauriculaire de la malade est devenu fluctuant et les téguments rougeâtres.

14 décembre : Le cobaye est trouvé mort dans sa cage; l'autopsie est faite le matin même par M. Aurand. On constate les deux gros ganglions inguinaux qui se percevaient très bien

à la palpation : le plus gros, du volume d'une noisette, est caséifié, rempli d'un pus verdâtre et épais. L'autre n'est pas caséifié ; les ganglions lombaires sont volumineux. Le ganglion sous-hépatique, comme une petite noisette, est en partie caséifié.

Un ganglion bronchique est gros comme une lentille.

La rate est farcie de tubercules jaunâtres. Rien au poumon ni au foie. Une granulation sur le péritoine de l'intestin grêle.

M. Aurand constate nettement la présence de bacilles de Koch dans le pus des ganglions sur des préparations par frottis.

Le même jour, M. Gayet incise le ganglion préauriculaire de la malade qui présente une fluctuation très nette. On a préalablement, avec la seringue stérilisée, retiré un demi-centimètre cube de pus qu'on dilue avec un centimètre cube environ de bouillon stérilisé, et on l'injecte dans le péritoine d'un cobaye.

16 décembre : Le cobaye a été trouvé mort ce matin probablement de septicémie ou de froid, car on ne trouve à l'autopsie aucune lésion : foie et poumons normaux.

22 décembre : Aujourd'hui la malade se plaint de vives douleurs à la paupière inférieure. On constate toujours de l'induration et la présence de nombreuses granulations grisâtres dans le cul-de-sac inférieur et à la commissure externe. Elles paraissent même plus exubérantes. Vers le bord supérieur du tarse, granulations jaunâtres grosses comme des grains de millet et arrondies.

5 janvier 1900 : La malade ne souffre plus de son ganglion préauriculaire ni de sa paupière. La chaîne ganglionnaire le long de la branche montante du maxillaire inférieur est prise. Entre autres le ganglion mastoïdien est très gros.

15 janvier : Entre les bourgeons de la paupière on voit un lit de couleur jaunâtre comme formé par des tubercules crétacés. La conjonctive palpébrale est plus gonflée ; la paupière est considérablement augmentée de volume. Rien du côté du

ganglion préauriculaire. Les autres ganglions carotidiens n'ont pas changé de caractère.

22 janvier : La chaîne occipitale est envahie. Les ganglions y sont considérablement engorgés et très facilement appréciables à la palpation.

La malade, indocile, se refuse au traitement chirurgical que lui propose M. le professeur Gayet. Elle sort de l'hôpital le 23.

CHAPITRE II

Etiologie et Pathogénie

L'étiologie et la pathogénie de notre affection offrent tellement de points de contact qu'elles se confondent presque entièrement : aussi les avons-nous réunies en un seul chapitre afin de ne pas nous exposer à des redites.

C'est parfois après une ou plusieurs poussées de conjonctivite catarrhale que la tuberculose apparaît sur la muqueuse oculaire : le catarrhe conjonctival, en effet, crée pour ainsi dire un terrain favorable au développement du bacille de Koch, mais il peut aussi n'être que le premier signe d'une infiltration tuberculeuse qui évolue.

La tuberculose générale, le traumatisme, toutes les manifestations morbides de l'œil sont également autant de causes prédisposantes.

Le rôle du traumatisme, entre autres, est d'une évidence remarquable dans une observation toute récente de MM. Lagrange et Cabanne, de Bordeaux, que nous reproduisons plus haut.

De même dans l'observation précitée de M. le professeur Gayet, la tuberculose de la conjonctive est survenue chez une malade qui avait reçu des confettis dans l'œil.

Dans ces cas il faut admettre que les objets qui ont produit les blessures ou tout au moins entraîné la réaction conjonctivale, étaient contaminés par des crachats de phtisiques ou bien que la plaie a été la porte d'entrée de germes infectieux.

Le sexe féminin semble plus sujet à la tuberculose conjonctivale que le sexe masculin : sur 43 malades, Amiet trouve 30 femmes et 13 hommes. Et de toutes les observations que nous avons pu recueillir nous-mêmes, la grande majorité appartient également au sexe féminin.

Trente-deux fois, dit Amiet, l'affection est survenue de 10 à 30 ans : très rarement, elle s'est montrée après 40 ans ; pourtant un malade de Sattler avait 56 ans, un sujet de Hock avait 62 ans : Reuss a observé un cas à 60 ans.

D'autre part, avant dix ans, l'affection est assez fréquente : Amiet en cite neuf cas, nous-même en avons réuni dix cas ; Ulrich de Königsberg a vu un enfant de dix mois atteint de cette maladie.

La maladie est donc surtout fréquente dans l'adolescence et l'âge adulte, tout comme la tuberculose pulmonaire.

L'affection est le plus souvent monoculaire : Amiet pourtant a constaté les deux yeux atteints dans sept cas : nous n'avons pu nous-même trouver qu'un seul cas, dans les observations postérieures (Parinaud).

Les deux yeux sont indifféremment atteints : l'œil droit est lésé dix-sept fois, l'œil gauche quinze fois dans la statistique d'Amiet. C'est ordinairement sur la conjonctive palpébrale que débute l'affection, mais les deux paupières peuvent être malades à la fois : quatre fois parmi les observations que nous reproduisons.

La conjonctive bulbaire n'est d'habitude lésée que secondairement : dans un cas de Walb pourtant, elle fut atteinte la première ; il y eut fonte de la sclérotique, perforation de la cornée et panophtalmie. L'énucléation fut pratiquée.

Dans un autre cas du même auteur, à côté de la lésion de la conjonctive bulbaire, il y avait un tubercule de la choroïde.

Vignes a publié également une observation où l'on apercevait sur la muqueuse bulbaire, entre le droit externe et le droit supérieur, une petite ulcération arrondie à bords déchiquetés, taillés à pic.

Lermoyer et Fontan ont cité aussi chacun une observation identique.

En tout cinq cas où la tuberculose a débuté sur la conjonctive du bulbe.

Nous verrons, en effet, lorsque nous traiterons du diagnostic de l'affection, qu'au point de vue clinique l'intégrité du bulbe est un symptôme important pour établir le diagnostic de tuberculose.

Parfois l'affection de la conjonctive existe en même temps sur le sac lacrymal. Ainsi dans le cas de Köster, il y avait une suppuration du sac où l'auteur découvrit des follicules tuberculeux.

Haab a cité aussi une observation où avant la lésion

de la muqueuse il y avait eu une dacryocystite suppurée qui guérit.

Mais lorsqu'il en est ainsi, il n'est pas toujours aisé de déterminer quel a été le siège primitif de l'affection tuberculeuse, car de même qu'une tuberculose de la conjonctive peut se propager au sac par voie descendante, ce qui est indiqué dans le cas publié par M. le professeur Gayet en 1885, de même la tuberculose du sac peut gagner la conjonctive par voie ascendante ; ou encore c'est, comme nous le verrons plus loin, le canal naso-lacrymal qui a été le premier atteint par la tuberculose et qui a transmis la lésion à la muqueuse oculaire.

Comme la tuberculose en général, la conjonctivite tuberculeuse survient surtout chez des sujets de constitution faible, mal développés, ayant des bronchites fréquentes ou même des hémoptysies, chez des prédisposés, en un mot.

Aussi les antécédents héréditaires de ces malades sont-ils assez souvent significatifs : Amiet a constaté la tare héréditaire tuberculeuse douze fois sur quarante-sept observations qu'il cite. Huit fois la tuberculose pulmonaire est survenue après l'affection conjonctivale. Chez quatre sujets, il y avait en même temps que la lésion de la muqueuse oculaire des ulcérations tuberculeuses du larynx.

Dans un cas, on constatait une carie du rocher. Luc a publié une observation où il a relaté des abcès multiples de la peau, vraisemblablement de nature tuberculeuse.

Mais les antécédents héréditaires sont parfois muets

et, de plus, on ne trouve pas d'autre affection que celle de la conjonctive. C'est donc que la conjonctive est, dans ces cas, le siège primitif de la tuberculose dans l'organisme. Les observations de ce genre connues jusqu'à ce jour ne sont pas rares à la vérité, mais il y a une cause d'erreur : c'est que nombre d'observations publiées sont incomplètes, en ce sens qu'elles ne mentionnent pas l'état des autres organes, se bornant à décrire la lésion conjonctivale : d'autres fois, peut-être, l'examen du sujet insuffisamment approfondi n'a pas permis de constater que tel ou tel organe était déjà très légèrement envahi par le processus tuberculeux.

Quoi qu'il en soit, dans la statistique d'Amiet, nous lisons que vingt-deux fois, on ne cite absolument aucune autre manifestation de la tuberculose que celle de la muqueuse oculaire.

Nous-mêmes, parmi les observations postérieures à la thèse d'Amiet que nous avons pu recueillir, nous constatons que la conjonctive a été atteinte primitivement dans les cas de Gayet (2 observations), Parinaud, Fontan, Verrey, Motaïs, Cheny, Pisenti, Lagrange et Cabannes, Armaignac.

Il est inutile d'ajouter que nous ne considérons pas comme formes primitives de la conjonctivite tuberculeuse les observations qui ne mentionnent pas l'état des poumons ou des divers organes : nous n'acceptons comme lésions primaires de la muqueuse oculaire que les cas où il est nettement établi qu'il n'y a absolument pas d'autre manifestation tuberculeuse.

Aussi, concluons-nous sur ce point spécial d'étiolo-

logie, que la tuberculose conjonctivale est assez souvent primitive ; la conjonctive, en effet, se trouve très bien placée pour recevoir directement de l'extérieur des poussières de crachats desséchés, des parcelles de produits tuberculeux, des bacilles : les larmes ou le mucus retiennent tous ces détritux, les emprisonnent dans les replis de la muqueuse, surtout dans les culs-de-sac. Il s'agit donc dans tous ces cas d'une inoculation directe venue du dehors. Mais la conjonctive peut encore être atteinte primitivement, non plus directement, mais d'une façon médiate en quelque sorte. Le bacille absorbé par inhalation ou par ingestion ne va se fixer que sur la muqueuse de l'œil, parce que celle-ci se trouve à ce moment en état de moindre résistance : c'est un traumatisme de l'œil, un catarrhe conjonctival ou une manifestation pathologique quelconque qui créent là un milieu favorable au développement du microbe.

Ainsi, directement de l'extérieur ou par le torrent circulatoire, le bacille de Koch arrive au niveau de la conjonctive et y crée la lésion tuberculeuse : telle est la tuberculose primitive.

Débutant de préférence dans les culs-de-sac conjonctivaux, elle s'étend ensuite aux parties voisines ; elle gagne successivement la muqueuse bulbaire, la sclérotique, la cornée, enfin la paupière et les voies lacrymales.

Mais si cette forme primitive n'est pas rare, la forme secondaire de la tuberculose conjonctivale est comparativement bien plus fréquente, et dans cette classe nous distinguons deux variétés :

1^o La première comprend les métastases tuberculeuses dans la conjonctive : on voit en effet parfois la lésion de la muqueuse oculaire succéder à d'autres manifestations tuberculeuses nettement observées, soit dans le poumon, soit dans d'autres organes ;

2^o La deuxième englobe tous les cas où la tuberculose s'est propagée par continuité pour ainsi dire à la conjonctive : la littérature médicale, compte en effet nombre d'observations où un lupus de la joue ou du nez a gagné la paupière inférieure puis la conjonctive. Mais parfois aussi la lésion de la muqueuse de l'œil provient d'une tuberculose ayant débuté dans les fosses nasales et remonté par les voies lacrymales qui sont elles-mêmes plus ou moins atteintes par le processus suivant les cas, mais qui sont en général peu touchées.

Cette dernière variété étant encore assez peu connue, on nous permettra de nous y arrêter un moment.

Déjà Jaulin, en 1894, dans sa thèse intitulée *Des voies lacrymales comme cause de l'origine nasale des affections oculaires*, avait passé en revue les diverses maladies susceptibles de se propager des fosses nasales à l'appareil de la vision en général soit par continuité, soit à distance.

Des travaux relatifs à ce point de pathogénie ont paru depuis quelques années. Les divers auteurs qui se sont occupés de la question ne citent guère que les trois cas classiques de Wagenmann, Knapp et Loidholt où une tuberculose des fosses nasales a gagné la conjonctive.

Nous avons recherché les observations qui nous ont

paru pouvoir être citées comme exemples des relations intimes unissant l'appareil nasal et oculaire, en ce qui concerne la tuberculose de la conjonctive.

Si ces cas sont encore peu nombreux, nous pensons que c'est parce que l'attention n'a pas encore été suffisamment attirée sur ce sujet et qu'on a négligé trop souvent de faire un examen méthodique et approfondi des fosses nasales lorsqu'on s'est trouvé en présence d'une tuberculose de la conjonctive : nous avons déjà exprimé plus haut l'opinion que peut-être cette négligence avait fait considérer comme primitives des localisations tuberculeuses qui étaient en réalité secondaires.

Malheureusement aussi ces observations que nous allons analyser ou reproduire, n'offrent pas, en général, toutes les garanties de diagnostic que doivent nous donner aujourd'hui les ressources de la bactériologie et de l'expérimentation. Nous les citerons néanmoins, du moins leur apparence clinique, à défaut de description anatomo-pathologique, frappera-t-elle l'esprit et nous permettra de conclure à la nécessité absolue d'un examen approfondi et complet pour les observations à venir de même nature.

D'ailleurs, nous citerons *in extenso* une observation prise dans le service de M. le professeur Gayet, publiée au Congrès de Médecine dernier, par M. Aurand. Cette dernière, très détaillée au point de vue clinique et anatomo-pathologique, donnera également tous les résultats expérimentaux désirables.

Voici d'abord l'analyse des trois cas de Wagenmann, Knapp et Loidholt.

OBSERVATION XXXIV (WAGENMANN)

(Analyse in *Arch. f. ophtalmol.* XXXVI, p. 304)

Il s'agit d'une jeune fille de 11 ans, atteinte de lupus du nez avec retentissement ganglionnaire. En outre, dans le cul-de-sac supérieur de la conjonctive palpébrale gauche on apercevait des végétations granuleuses d'aspect lardacé.

On excisa ces végétations et à l'examen microscopique on trouva un tissu de granulations contenant des follicules tuberculeux très nets et des cellules géantes typiques.

Vraisemblablement, dit l'auteur, la tuberculose de la conjonctive provenait d'une tuberculose du nez.

OBSERVATION XXXV (LOIDHOLT)

(Analyse in *Jahresbericht für ophtamol.* n° 20, p. 506)

Loidholt rapporte une observation de tuberculose palpébrale secondaire avec dacryocystite et suppuration du sac. En même temps la malade avait des ulcérations tuberculeuses de la muqueuse nasale.

La nature tuberculeuse de l'affection fut prouvée par des inoculations sur des chiens.

OBSERVATION XXXVI (Résumée)

Knapp. — Un cas de tuberculose de la conjonctive

(*Archiv. für Augenheilkunde*, 1891, p. 41).

John B. . . , 17 ans.

Pas d'antécédents : ulcérations dans le nez depuis des années ; ailes du nez tuméfiées et ulcérées ; depuis trois ou quatre ans enrouement, rougeur plus ou moins prononcée de l'œil gauche ; épiphora, paupières épaissies et ulcérées dans leur portion nasale ; on institua le traitement du trachome.

Quand je vois le patient pour la première fois, aspect général assez bon : pas de toux, voix un peu enrouée.

Tuméfaction inflammatoire et petites ulcérations du larynx.

Les bords des narines et surtout la cloison présentent des cicatrices blanchâtres : fosses nasales libres.

Œil gauche injecté, larmolement.

Cornée et conjonctive bulbaire saines.

Bord libre des paupières aufractueux, ulcérations sur la conjonctive palpébrale intérieure et au niveau du fornix boutons rouge gris semblables à des granulations trachomateuses.

Deux ulcérations en outre sur la conjonctive palpébrale supérieure.

Traitement : Excision et cautérisation des granulations conjonctivales et des ulcérations : une récidue ; nouvelle excision ; guérison. Inoculation positive.

Dans ce cas, dit l'auteur, il est possible que ce soit par le canal lacrymo-nasal que la tuberculose s'est propagée à la conjonctive : il se base pour émettre cette idée sur les ulcérations et inégalités que présente le bord palpébral, près de l'angle interne de l'œil, à 2 ou 3 millimètres du point lacrymal.

Nous citerons maintenant cinq observations : dans les quatre premières l'aspect clinique des lésions a été la seule base du diagnostic. Et même pour la suivante on avait hésité entre le diagnostic de tuberculose et celui de syphilis.

OBSERVATION XXXVII (BATUT)

(Thèse de Tacquet, Paris 1894)

F... Marie, 16 ans, journalière, n'est pas encore réglée quoique bien développée.

Mucocèle à droite et fistule du sac à gauche, suite de dacryocystite chronique, datant de trois mois. Blépharo-conjonctivite depuis un an environ. Enormes chapelets ganglionnaires autour du cou ; facies scrofuleux, nez aplati à sa racine et élargi ; voix nasonnée. Ce son de voix conduit à

un examen approfondi de la gorge et à la découverte inattendue d'une perforation récente et très minime du voile du palais un peu au-dessus et à droite de la luette : dents normales, belles : pas de trouble de l'ouïe ni de kératite diffuse, mais ulcérations des cornets inférieur et supérieur à droite et rétrécissement de la fosse nasale correspondante.

Les renseignements obtenus rendent une syphilis héréditaire douteuse, une syphilis acquise improbable. Pas d'ergotisme à invoquer.

La perforation prend rapidement le caractère gangréneux, s'étend vers le milieu du voile où l'on voit un semis de granulations jaunes se réunir et en 48 heures déterminer une perforation de toute l'épaisseur du voile pour aboutir finalement à la forme en rideaux.

Des cautérisations modérées et répétées permettent d'arrêter ce processus destructeur et de conserver le bord unissant la luette au pilier antérieur droit. Le diagnostic de M. Jeannel est tuberculose.

Quoi qu'il en soit, dès le premier jour, M. Terson fait une incision directe du mucocèle du conduit lacrymal inférieur et passe directement des sondes dans le sac, avec lavages consécutifs, en même temps douches nasales quotidiennes, iodure à haute dose, émulsion Scott et pilules de Vallet. Le cornet inférieur présente sur les bords de l'ulcération des granulations grises analogues à celles du voile du palais.

Le 13 février, cautérisation du sac au thermo-cautère en boule.

Le 27, l'affection osseuse des parois du sac est en bonne voie d'amélioration, les larmes ne passent plus par l'incision, la rhinite change d'aspect, les ganglions cervicaux ont beaucoup diminué, la malade devenue docile entre nos mains, acceptant les pansements à l'iodoforme du nez et les cautérisations du voile du palais.

Cependant trois ganglions sus-hyoïdiens persistent fort gros et si l'ulcération du cornet inférieur disparaît, le processus de la rhinite chronique atrophique poursuit sa marche.

L'examen laryngoscopique pratiqué tous les jours démontre que cet organe est sain, ainsi que les trompes. Le 5 mars, inflammation subite de l'œil gauche sans motif apparent, injection périkeratique intense ; pâte de canquoin en flèche dans la fistule gauche, réaction intense qui ramène l'oblitération des conduits lacrymaux mais dégage l'œil.

Successivement, la fistule se rétrécit, l'iode étant poussé jusqu'à 8 grammes par jour : il y a enfin oblitération complète. Au voile du palais le processus ulcéreux finit avec la dixième cautérisation.

Il reste sur le pilier antérieur droit une teinte opalescente de nature douteuse.

Sortie le 4 avril, la malade revient nous voir le 6 juin : le sac droit ne donne plus qu'un peu de pus légèrement épaissi, la fistule gauche reste fermée, l'ulcération du palais est arrêtée définitivement, le nez est toujours ozéneux, sans ulcération et la voix nasonnée, mais l'état général reste excellent, malgré la persistance des ganglions sus-hyoïdiens, diminués de volume. Aucune trace de syphilis récente ou de lésion tertiaire, les renseignements sur les parents restent toujours obscurs.

OBSERVATION XXXVIII (Thèse TACQUET)

(Prise dans le service du Dr Kalt).

Georgette L... est âgé de 12 ans 1/2, antécédents héréditaires importants : père mort tuberculeux, trois sœurs et deux frères morts en bas âge, il lui reste un frère qui serait épileptique. Elle-même a eu variole, scarlatine, une angine aphteuse.

Vers l'âge de 9 ans, la petite malade fut prise de larmolement de l'œil droit. A 10 ans 1/2, elle fut conduite chez M. Galezowski qui pratiqua l'incision du point lacrymal inférieur et passa des sondes. Cependant quinze jours après, il se produisit un abcès du sac lacrymal et une fistule à la suite de l'ouverture de cet abcès ; la peau recouvrant la tumeur se rétractait et engendrait de l'ectropion de la paupière inférieure. La malade arriva en cet état chez M. Panas qui incisa le sac

lacrymal et fit suivre cette incision de la suture.— Tandis qu'elle était en traitement à l'Hôtel-Dieu on remarqua que sa narine droite était envahie par des croûtes : on fit l'examen rhinoscopique et on découvrit que l'affection nasale était aussi grave qu'ancienne.

Cette infection indolente du reste remontait à plusieurs mois, elle avait débuté par une petite élevation rougeâtre située sur la lèvre supérieure au niveau de la narine droite.

Des éruptions semblables étaient bientôt apparues à côté de la première et même jusque dans la narine droite. En présence de cet état de choses, on l'envoie à l'hôpital Saint-Louis où le diagnostic de lupus de la narine droite fut porté par M. Tenneson qui pratique des scarifications. La malade sortit au bout de trois ou quatre mois, guérie de son lupus comme de sa dacryocystite.

A quelques temps de là, elle fut reprise d'une nouvelle poussée dans le processus lupique ; la narine gauche et le lobule correspondant du nez furent envahis à leur tour, et Georgette L... , dut rester encore six mois en traitement pour cette recrudescence du lupus dans le service de M. Quinquand. Elle avait alors 12 ans. Trois mois ne s'étaient pas écoulés depuis sa sortie de l'hôpital qu'à la suite d'un voyage en chemin de fer, elle était prise, dit-elle, d'une légère conjonctivite de l'œil gauche. Cette conjonctivite s'aggravant les deux mois qui suivirent le voyage, elle vient consulter à l'hospice des Quinze-Vingts.

La malade porte encore des traces de son lupus guéri, la narine droite est très déformée, l'ouverture des fosses nasales de ce côté est punctiforme, le lobule semble effondré sur la cloison et la peau qui le recouvre, de même que celle qui recouvre la lèvre supérieure sous la narine, a l'aspect grenu cicatriciel caractéristique. Elle est séparée de la portion de peau qui a toujours été intacte par une ligne de démarcation très nette ; du côté gauche, la narine, l'aile du nez et la lèvre supérieure nous offrent les mêmes signes, mais beaucoup moins accentués. A l'examen rhinoscopique pratiqué dans la

narine gauche, l'atrésie presque complète de la narine droite ne permettant pas la rhinoscopie de ce côté, on trouve le cornet inférieur absolument détruit et une déformation considérable du vestibule. L'examen de la gorge montre un épaississement énorme des piliers postérieurs du voile du palais, des granulations sur ces parties : la paroi postérieure du pharynx est rouge et tomenteuse : il s'agirait là aussi d'infiltration lupique. La malade porte en outre un énorme ganglion le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit.

Du côté des yeux, on trouve à gauche une conjonctivite hypertrophique baignée de pus, mais surtout vers la paupière inférieure. A la partie interne de celle-ci on constate sur la conjonctive au-dessous du point lacrymal un petit nodule que M. Kalt n'hésite pas d'après ses caractères macroscopiques à qualifier de tuberculeux.

Ce nodule est entouré d'un semis de granulations jaunâtres ; la paupière inférieure est épaissie, ectropionnée ; la caroncule n'est pas recouverte dans l'occlusion palpébrale ; on constate du larmolement qui est dû à un léger ectropion de la paupière inférieure, au renversement du point lacrymal correspondant et qui est aussi ancien que la cause qui l'a engendré.

Le processus lupique étant en voie de régression sinon guéri du côté du rhino-pharynx, on ne s'occupe que de l'affection oculaire. M. Kalt détruit profondément au galvano-cautère les granulations de la conjonctive ; ces cautérisations sont répétées tous les deux jours ; au bout deux semaines il ne restait plus trace de granulations ni de pus. La conjonctive et la paupière inférieure avaient repris leur aspect normal.

M. Kalt porte ensuite son attention sur l'ectropion de la paupière droite inférieure et sur le ganglion précarotidien gauche devenu en quelques jours semifluctuant et douloureux : il pratiqua l'autoplastie pour le premier, fit dans le second des injections de naphthol camphré. La malade est aujourd'hui complètement rétablie de ces diverses opérations et parfaitement guérie.

OBSERVATION XXXIX (Thèse TACQUET, 1894)

D^r Vidal. — Lupus développé secondairement, mais sans envahissement successif, sur la conjonctive. — Raclage. — Guérison non démentie au bout de deux ans.

Jeune fille de 18 ans. Constitution scrofuleuse. Depuis deux mois est en traitement pour un lupus tuberculeux ulcéreux de l'aile droite du nez. Pas d'hérédité tuberculeuse. L'auscultation ne laisse aucun doute sur l'état normal des poumons. Au bout de ce temps, la mère de la malade remarque que la paupière inférieure droite présente une saillie à sa partie moyenne. En retournant la paupière affectée, on trouve au fond et au milieu du cul-de-sac une petite tumeur allongée, du volume d'une lentille, molle, rougeâtre, granuleuse.

Raclage suivi de scarifications.

Deux ans après, le lupus ne s'est pas reproduit.

OBSERVATION XL

Proscher. — Un cas de tuberculose primitive du nez, des voies lacrymales et de la conjonctive avec extension consécutive au poumon.

(*Arch. d'ophtalmologie*, 1899).

H. . . , 30 ans, avec ulcère tuberculeux à la face muqueuse de la paupière inférieure gauche. Voies lacrymales imperméables. Sur le cornet inférieur, granulations jaunâtres. Engorgement des ganglions préauriculaire et cervicaux.

Deux mois plus tard, le sommet du poumon droit était pris.

OBSERVATION XLI

D^r Aurand. — Tuberculose conjonctivale, consécutive à une Tuberculose lacrymo-nasale.

(Service de M. le professeur Gayet).

Communication au XIII^e Congrès international de Méd. Paris, 1900.

Le 25 mai 1898, le nommé Gabriel, de Villiers-Morgon, âgé de 24 ans, se présente à la clinique de M. le professeur Gayet,

se plaignant de son œil droit. Depuis huit mois, cet œil serait devenu rouge et larmoyant, occasionnant sans cesse une sensation de graviers et de la photophobie. Chaque matin, les paupières sont collées et peu à peu le malade s'est aperçu que la paupière supérieure se gonflait, sans cependant présenter aucune rougeur anormale de la peau. Le malade présente, en effet, une conjonctivite simple avec sécrétion muco-purulente modérée : mais la paupière supérieure paraît soulevée au niveau du sillon orbito-palpébral, sous forme d'un bourrelet un peu bosselé, mais la peau est normale et il n'y a ni œdème palpébral ni chémosis. En retournant la paupière supérieure, je constate, disséminées sur la moitié supérieure du tarse et remplissant tout le fornix, un grand nombre de végétations rougeâtres à surface framboisée et verruqueuses comme des crêtes de coq, si bien que je songe immédiatement à des papillomes. Quelques-unes de ces végétations ont bien le volume d'un petit pois ; en aucun point, je ne constate de granulations grises ni d'ulcérations.

La conjonctive bulbaire et la conjonctive palpébrale inférieure sont rouges, mais sans aucune végétation.

Le ganglion préauriculaire doit être légèrement hypertrophié, mais non sensible.

À gauche je constate, au niveau de la région préauriculaire, une cicatrice adhérente, déprimée, qui semble être le reliquat d'un abcès froid ganglionnaire.

Le malade a été soigné, en effet, il y a trois ans, pour une dacryocystite purulente gauche à la suite de laquelle se forma lentement, devant l'oreille gauche, un abcès qui fut incisé deux mois après son apparition. La dacryocystite est actuellement guérie, il persiste simplement un léger épiphora quand il fait du vent.

Un an après, le malade fut soigné pendant deux mois à l'hôpital Beaujon pour une fluxion de poitrine.

En dehors de ces deux affections, sa santé a toujours été excellente et il ne tousse jamais.

Son père est en bonne santé, mais rhumatisant articulaire,

sa mère est morte à 45 ans environ. Il a cinq frères et deux sœurs vivants et bien portants, un frère mort à 20 ans de congestion pulmonaire, un autre mort à 4 ans de maladie indéterminée.

L'état général du malade est actuellement excellent et l'examen attentif des poumons ne fait découvrir aucune trace de tuberculose.

Trois jours après l'entrée, M. le professeur Gayet excise toutes les végétations et cautérise au galvano-cautère leurs bases d'implantation. Au bout de trois semaines, on voit repousser de nouvelles végétations. M. Gayet pratique alors une nouvelle excision des végétations avec un raclage.

15 juin : Sur ces entrefaites, le malade se plaint pour la première fois d'une difficulté croissante à respirer par le nez depuis quatre mois environ. A l'examen du nez, M. Sargnon, interne du service, découvre de la rhinite hypertrophique des cornets inférieurs ; il enlève à l'anse galvanique la muqueuse hypertrophiée et végétante, et ce n'est qu'après trois à quatre séances que la respiration nasale devient libre. Cette muqueuse, examinée ultérieurement au microscope, ne présentait aucune cellule géante et l'inoculation n'ayant pas été pratiquée, la nature tuberculeuse de cette rhinite ne peut être affirmée.

28 juillet : Le malade très amélioré présente encore cependant quelques nouvelles végétations conjonctivales, un nouveau raclage de la conjonctive est fait.

J'inocule alors un fragment des végétations conjonctivales dans la chambre antérieure d'un lapin. L'inoculation est positive au bout d'un mois et demi.

16 octobre : On constate encore dans les angles du fornix quelques végétations aplaties et mollasses. Le cul-de-sac inférieur est très diminué de profondeur surtout en dedans où on trouve quelques petites végétations.

La paupière supérieure droite est épaissie et un peu bosselée par les végétations conjonctivales. Sur la cornée droite deux petits ulcères superficiels en voie de guérison.

Le malade se déclare très satisfait de son état : l'épiphora est

insignifiant et les paupières ne sont plus collées le matin. La pression du sac à droite ne fait sourdre aucun liquide par les points lacrymaux.

Depuis deux mois le malade a remarqué que la deuxième phalange du médius droit commençait à grossir mais sans douleur.

Actuellement cette phalange présente un spina ventosa classique avec fluctuation.

19 octobre : La phalange est incisée, on trouve l'os rempli de fongosités. Curettage et thermo-cautérisation.

8 novembre : Avec toutes les précautions d'usage je prends dans une veine céphalique un peu de sang que j'adresse à mon ami M. Paul Courmont, pour le soumettre au séro-diagnostic tuberculeux suivant sa méthode.

1^{er} décembre : Malgré des cautérisations quotidiennes au sulfate de cuivre, les végétations conjonctivales reparaissent et obligent à un nouveau raclage.

13 décembre : Il n'y a plus trace de végétations. Le cul-de-sac supérieur est considérablement diminué de profondeur.

La respiration nasale est de nouveau gênée et il faut enlever de nouveau la muqueuse hypertrophiée des cornets inférieurs.

Le malade sort de l'hôpital.

1^{er} février 1900 : Le malade revient ; il est toujours en bonne santé et ne tousse pas ; l'œil droit est en bon état, les végétations conjonctivales n'ont pas reparu.

Mais la respiration nasale est toujours difficile surtout à gauche. M. Garel qui veut bien examiner le malade trouve implantés sur la face gauche de la cloison deux amas de végétations grisâtres, mollasses, mamelonnées, très saignantes ressemblant à des polypes muqueux.

Il incline à penser cliniquement à de la tuberculose du nez, le siège d'implantation étant d'ailleurs en faveur de cette idée, car les polypes muqueux s'implantent presque toujours sur le cornet moyen.

J'inocule un fragment de végétations nasales sous la cuisse d'un cobaye et au bout de trois semaines les ganglions ingui-

naux sont pris et à l'autopsie de l'animal, que je pratique quelque temps après, je constate de nombreux bacilles de Koch dans le pus des ganglions.

Examen histologique des végétations conjonctivales

Inclusion dans la paraffine. — Coloration à l'hématéine-éosine

Épithélium: D'une façon générale l'épithélium conjonctival qui recouvre les végétations est bien conservé: l'épithélium est épaissi et appartient au type pavimenteux stratifié; les cellules superficielles sont lamellaires avec des noyaux mal colorés ou même sans noyaux. Cet épithélium est légèrement festonné et envoie entre les papilles de véritables éperons rappelant un peu la structure du papillome. En certains points la couche des cellules cylindriques et polyédriques semble avoir disparu et l'épithélium n'est plus constitué que par cinq ou six couches de cellules lamellaires.

Toutes les cellules épithéliales semblent avoir été étirées sous la poussée de la végétation.

C'est la même structure lamellaire qui a été signalée par Vennemann puis par Villard (1) au sommet des granulations.

Il n'y a pas de cellules caliciformes, tout au plus aperçoit-on de loin en loin quelques cellules plus claires disséminées dans l'épithélium et qui sont peut-être des cellules à mucus en voie de développement.

Par contre il existe de nombreuses vacuoles.

Enfin, on constate la présence d'un grand nombre de leucocytes mono et polynucléés à noyaux très fortement colorés par l'hématéine dans les interstices cellulaires de l'épithélium. Ces éléments sont évidemment en voie de migration diapédétique, car on les rencontre dans toutes les couches de l'épithélium.

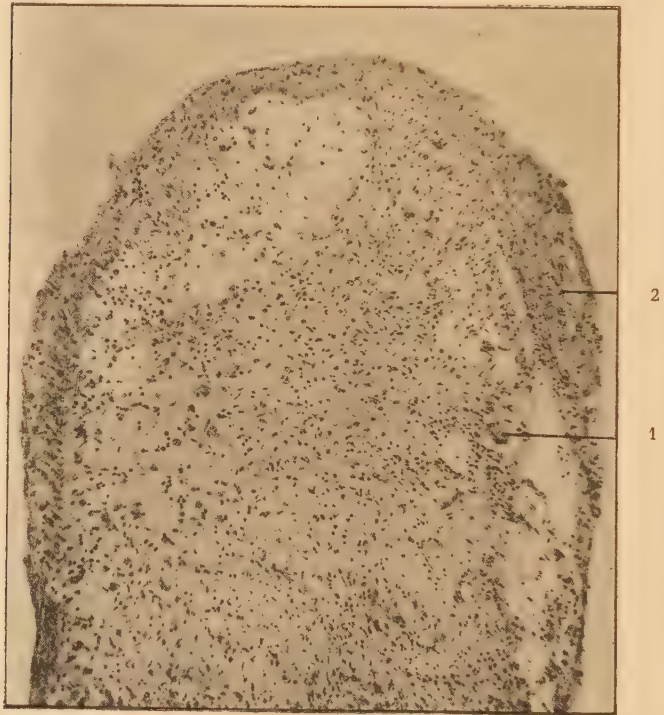
Tissu propre: Le tissu propre des végétations est entièrement constitué par un amas de cellules embryonnaires à gros

(1) Villard, 1896. Anatomie pathologique de la conjonctivite granuleuse.

noyaux au milieu desquelles sont disséminées sans ordre d'autres cellules à noyaux petits, très vivement colorés et qui sont des leucocytes en voie de diapédèse. Enfin, on trouve quelques rares trainées de cellules conjonctives fusiformes.

De loin en loin quelques vaisseaux embryonnaires dont les uns contiennent quelques hématies et les autres des leucocytes.

Enfin, on trouve disséminées au sein du tissu embryonnaire cinq à six cellules géantes de grandeur variable, dont le protoplasma granuleux, plus coloré que les éléments embryonnaires, présente à la périphérie de nombreux noyaux disposés en couronne ou en croissant.



TUBERCULOSE CONJONCTIVALE A FORME VÉGÉTANTE

1 Cellule géante.

2 Epithelium pavimenteux stratifié.

Examen des végétations de la cloison

Les pièces ont été durcies à la gomme et colorées au picrocarmin.

Les végétations sont entièrement constituées par des cellules à gros noyaux avec quelques rares fibrilles conjonctives très fines avec des cellules fusiformes. Au milieu de ce tissu quelques vaisseaux à parois embryonnaires remplis de sang et enfin quelques cellules géantes, les unes de petit volume et isolées, les autres de grand volume et entourées d'une couronne de cellules épithélioïdes donnant ainsi la figure du follicule tuberculeux élémentaire.

Comme le fait remarquer M. Aurand à la suite de cette observation, la tuberculose du sac lacrymal gauche paraît avoir été ici primitive ; de plus la voie suivie par le bacille pour aller du sac lacrymal gauche à la conjonctive droite semble paradoxale.

Il est probable que, partis du sac gauche, les bacilles ont envahi le nez par une marche descendante pour remonter ensuite sur la conjonctive opposée le long des voies lacrymales qui, d'ailleurs, ont été laissées intactes.

Et il y a lieu de croire que la tuberculose du nez a été méconnue pendant un certain temps, puisque c'est la conjonctivite, qui, la première, a attiré l'attention du malade : Quand la tuberculose nasale et conjonctivale coïncident, cette dernière, en effet, est ordinairement secondaire, les observations précédentes le prouvent.

Dans l'observation qui suit, la tuberculose a débuté par les lèvres, a gagné les fosses nasales et enfin la conjonctive ; les voies lacrymales ne paraissent pas avoir été atteintes.

OBSERVATION XLII (Thèse LUC)

Lupus tuberculeux du nez, de la lèvre et de la conjonctive
bulbaire de l'œil droit

(Communiquée par notre collègue M. LERMOYER).

T..., Joséphine, 17 ans, entrée le 19 juillet 1883, salle Alibert,
n° 4, à l'hôpital Saint-Louis.

Antécédents héréditaires : Mère chétive ; un frère a le mal de
Pott.

Antécédents personnels : Gourmes et adénopathies dans
l'enfance, gonflement des lèvres. Blépharo-conjonctivite et
kératites antérieures au début de la maladie actuelle.

L'œil droit avait été atteint le premier et avait présenté
des taies blanches avant le commencement du lupus. Le lupus
a commencé il y a douze ans par les lèvres : un peu plus tard
les lésions se montraient à l'intérieur du nez, puis sur le bord
des narines.

Pendant treize mois on cautérisa le nez avec une solution
caustique qui semble avoir eu pour effet de déterminer une
atrésie des narines.

Plus tard la malade vint à Paris où divers traitements empi-
riques furent dirigés contre le lupus.

Peu à peu cependant la vue s'obscurcissait à mesure que la
maladie cutanée semblait guérir. Depuis deux ans la vue est
complètement abolie à droite.

A gauche, malgré l'opacité de la cornée, la vue est suffisante
pour que la malade puisse se conduire.

Actuellement : Lupus tuberculeux exedens occupant le nez,
la lèvre supérieure et une partie de la joue droite. Sur l'œil
droit la conjonctive palpébrale est rouge et tuméfiée.

Sur la conjonctive bulbaire empiétant sur la moitié inférieure
de la cornée, est une production néoplasique, irrégulière, végé-
tante, granuleuse, de coloration grisâtre, vascularisée, donnant
l'aspect d'un tissu mou et oedématié. Cette tumeur n'est ni
ulcérée, ni douloureuse ; elle gêne simplement les mouvements
de l'œil, car à sa partie inférieure elle forme une crête qui

s'interpose entre les bords palpébraux. La cornée gauche est partiellement opacifiée par des taies, reliquat de kératites anciennes.

Poumons sains.

Etat général intact.

Enfin, à côté des observations précédentes, nous citerons deux observations de dacryocystites tuberculeuses ayant donné lieu à du lupus de la conjonctive palpébrale.

Ces deux cas sont empruntés à la thèse de Tavernier (Lille, 1897), que l'on pourra lire en même temps avec intérêt

OBSERVATION XLIII (Thèse TAVERNIER, Lille, 1897)

(Service du professeur Leloir, de Lille)

Recueil d'observations de la clinique dermatosyphiligraphique de l'hôpital Saint-Sauveur

La nommé Jeanne Pr..., 17 ans, entrée le 17 août 1891, dans le service.

Antécédents héréditaires : Oncle et tante tuberculeux, frère mort de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels : Rougeole et athrepsie à l'âge de 2 ans.

Vers 11 ans 1/2 glandes cervicales.

A 12 ans, suppuration d'une glande à l'angle de la mâchoire, il en reste une cicatrice chéloïdienne.

Règles très difficiles à 15 ans 1/2, suivies d'hémorrhagies.

A 14 ans, douleur à l'angle interne de l'œil gauche, les larmes ne s'écoulent plus. En même temps apparition d'une tumeur qui s'enflamme en peu de temps.

Opération de Stilling par M. Dujardin, puis force cathétérismes, fistulette longtemps ouverte.

Il se forma à la suite de cette supuration une ulcération qui

de temps en temps, se recouvrait de croûtes, suppurait et ainsi de suite.

Trois mois après, environ huit mois après le début de l'affection oculaire, les lésions prirent une marche extensive du côté de l'angle intérieur de l'œil.

Quelques mois après l'apparition de la tumeur à l'angle de l'œil, production d'une lésion de l'articulation métacarpo-phalangienne gauche.

Il y eut suppuration et étendue de la lésion en surface.

Etat actuel : Adénopathie généralisée. Lupus demi-scléreux de l'angle interne de l'œil, d'une partie de la joue, de la racine du nez.

Lupus scléreux et papillomateux de la paume de la main.

Traitement : Pilules d'iodoforme ; raclage. Ether iodoformé, vigo, chlorure de zinc, nitrate d'argent.

4 septembre : Inoculation d'un morceau de lupus de la face dans le péritoine d'un cobaye.

24 novembre : Ganglion sous-maxillaire fluctuant.

9 décembre : Ganglion parotidien et sterno-mastoïdien.

4 janvier 1892 : Ganglion axillaire.

22 février : Sort guérie.

28 avril 1892 : Entre dans le service de M. le professeur de Lapersonne. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, apparition d'un petit bouton sous la paupière inférieure gauche. A son entrée petit placard lupique allongé le long de la conjonctive tarsienne, avec aspect fongueux, de coloration grisâtre, à bords nettement séparés du reste de la conjonctive.

Traitement par la pointe fine du thermo-cautère. Lavages à l'acide borique. Cautérisations au nitrate d'argent.

Décembre 1892 : La malade rentre dans le service ophtalmologique. L'on constate une tumeur lacrymale avec fistule fongueuse du côté droit. Les bords de la fistule sont légèrement fongueux et reposent sur une base très indurée. Larmolement et sécrétion purulente de la conjonctive.

8 novembre 1894 : Placard de lupus de récidence au niveau de la face, constitué par du lupus en nappe.

Lupus tuberculo-croûteux de toute l'étendue de la narine gauche.

Raclage. Thermo-cautérisation. Agents antiseptiques, chlorure de zinc. Pâte iodoformée.

15 mai 1895 : Nouvelle récidence de lupus tuberculo-gommeux de la région sous-maxillaire gauche. Un tubercule du dos du nez et de l'entrée de la narine droite, côté externe.

Cautérisations, raclage, chlorure de zinc, vaseline iodoformée.

15 juin : Nouvelle récidence de tubercules. Même traitement.

25 mars 1897 : Nouvelle poussée du côté du nez et de la muqueuse de la narine droite. Injections d'huile grise tous les huit jours. Cautérisation au galvano-cautère.

5 août : Revient pour une nouvelle poussée de tubercules du nez, de la muqueuse nasale et de la lèvre.

Même traitement.

OBSERVATION XLIV (Thèse TAVERNIER, 1897)

(Service de M. le professeur Lapersonne)

(Recueil d'observations de la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-Sauveur, Lille)

La nommée Nathalie Vis, 10 ans, entre le 21 mars 1893.

Antécédents héréditaires : Un frère mort à 16 mois de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels : Rougeole à un an, otite externe suppurée, adénopathie suppurée.

Début de l'affection oculaire il y a cinq ans, emphysème traumatique des paupières (coup de coude). Tumeur lacrymale incisée par M. Dujardin.

Etat actuel : Conjonctivite intense avec sécrétion catarrhale, voies lacrymales libres.

En renversant la paupière inférieure, on constate au niveau de la conjonctive tarsienne un placard légèrement garni de fongosités grisâtres saignant très facilement. Un placard plus considérable existe à la face conjonctivale de la paupière supérieure près de l'angle interne de l'œil. Aucun placard lupique sur le corps.

Traitement : Nitrate d'argent. Pommade et poudre à l'iodoforme.

Etat général peu satisfaisant.

23 septembre : Cautérisation des placards lupiques par le thermo-cautère.

Lavages à l'acide borique. Poudre iodoformée. Traitement interne.

M. le professeur de Lapersonne a fait faire des inoculations expérimentales par M. le professeur Surmont, alors chargé du laboratoire des cliniques :

L'on a inoculé une parcelle de la lésion de la paupière dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin, en ayant soin de suturer les paupières et de maintenir l'oreille devant l'œil par quelques points de suture. Au bout d'une dizaine de jours, l'on pouvait constater une forte injection ciliaire au niveau du point inoculé. Iritis généralisée et petite gomme tuberculeuse; opacité de la cornée au niveau du point inoculé ; la gomme, au point d'inoculation, s'est cicatrisée, pas de généralisation.

Deux mois après, on observe un staphylome scléro-cornéen double dans chaque iris.

Nous nous sommes longuement étendus sur ce chapitre de pathogénie parce qu'il nous a paru avoir une importance pratique considérable. Des considérations que nous venons d'exposer il résulte en effet que la tuberculose de la conjonctive est assez souvent une lésion de continuité partie de la joue et du nez ou encore des fosses nasales et des voies lacrymales.

Or, d'après les recherches les plus récentes, il est acquis que le lupus de la joue et du nez est souvent secondaire à un lupus des fosses nasales méconnu.

Bien plus, M. Dubreuilh, de Bordeaux, a fait au IV^e Congrès international de dermatologie (1900) une communication sur l'origine nasale du lupus de la face, dont nous trouvons l'analyse dans les *Annales de Dermatologie*, août-septembre 1900.

On peut, dit-il, voir le lupus apparaître aux narines ou aux ailes du nez sans avoir été précédé par le lupus proprement dit de la muqueuse, mais seulement par une forme particulière de coryza chronique se manifestant surtout par l'hypersécrétion nasale.

La muqueuse est pâle, d'abord inégale, puis légèrement atrophiée, mais sans la tuméfaction et l'ulcération du lupus.

Or ce coryza se retrouve chez les enfants atteints d'adenites tuberculeuses du cou, qui sont rarement primitives mais succèdent ordinairement à une infection provenant de la face.

Comme les ganglions suppurés tuberculeux sont une cause fréquente du lupus de la peau, il en résulte que la grande majorité des cas de lupus de la face provient directement ou indirectement du coryza scrofulo-tuberculeux.

Pour toutes ces raisons nous concluerons en terminant ce paragraphe qu'en présence d'une lésion tuberculeuse de la muqueuse oculaire, surtout chez un sujet qui paraît indemne de toute autre manifestation de même nature, il faudra toujours faire un examen minutieux et systématique des fosses nasales et de l'appareil lacrymal.

De même chez un enfant ayant eu des ganglions suppurés du cou et porteur d'un lupus de la peau propagé à la conjonctive, il sera indiqué de rechercher s'il n'y a pas en même temps du coryza scrofulo-tuberculeux décrit par M. Dubreuilh ou bien un lupus de la muqueuse consécutif à ce coryza.

SYMPTOMATOLOGIE

Le plus souvent les malades ne s'adressent au médecin qu'à un stade avancé de la lésion, lorsque la gêne fonctionnelle ou la douleur deviennent par trop considérables.

Aussi l'état des yeux au début de l'affection échappent-il généralement à l'observation.

Comme nous l'avons déjà vu, la tuberculose conjonctivale commence de préférence dans les culs-de-sac de la muqueuse et principalement dans le cul de sac supérieur.

Le sujet accuse une sensation de graviers, comme dans le trachome, ou bien c'est un larmolement exagéré qui attire tout d'abord son attention.

Assez souvent le premier signe extérieur qui apparaît est une tuméfaction de la paupière supérieure avec ptosis plus ou moins accentué (Haab).

Cette tuméfaction augmente, la peau devient rouge, à l'épiphora du début succède un écoulement abondant muco-purulent, le malade souffre, ne peut ouvrir l'œil ; alors il a recours au médecin.

A ce moment si on retourne la paupière on aperçoit sur la muqueuse tarsienne ou dans le cul-de-sac conjonctival un semis de petites granulations, gris-

bleuâtres au début, qui deviennent jaunés dans la suite, grossissent et finissent par s'ulcérer.

Les caractères de ces ulcérations sont assez nettement tranchés : elles sont anfractueuses, déprimées, cratériformes, d'un jaune sale, leurs bords sont taillés à pic et, signe très important, bordés de petites granulations qui sont en voie d'évolution ; tout autour la muqueuse est indurée.

Un suintement muco-purulent recouvre ces surfaces ulcéreuses : le sujet éprouve des élancements douloureux dans la paupière et dans les régions voisines.

Alors survient un symptôme caractéristique de la tuberculose conjonctivale, sur lequel Haab le premier a attiré l'attention : c'est la tuméfaction des ganglions lymphatiques situés devant l'oreille et sous la mâchoire inférieure. Les ganglions du cou et sous-claviculaires peuvent aussi être envahis, mais plus rarement.

Le plus souvent ce sont les ganglions situés du même côté que la lésion oculaire qui sont atteints : pourtant Amiet déclare avoir trouvé dans un cas les ganglions hypertrophiés des deux côtés.

Mais la tuberculose de la conjonctive palpébrale s'étend fréquemment à la conjonctive baignaire ; de plus, le frottement des granulations ou des bords indurés de l'ulcère sur la cornée a pour effet de dépouiller cette dernière de son épithélium et de provoquer un pannus plus ou moins intense, tout comme ce même phénomène se produit dans la conjonctivite trachomateuse.

Si l'on n'intervient pas à ce moment, la lésion tuberculeuse devient de plus en plus destructive : l'ulcération gagne en profondeur et en surface et le malade est exposé à des complications graves.

COMPLICATIONS

Ce sont des complications locales ou à distance.

L'extension de la lésion à la cornée n'est pas rare dans le cours de la tuberculose conjonctivale : Amiet la signale douze fois dans sa statistique.

Il peut en résulter des ulcérations et même, comme dans un cas de Baümgarten, la fonte de cette membrane.

La lésion de la conjonctive, même traitée, peut envahir le globe oculaire entier et entraîner la nécessité de l'énucléation.

Sattler dut, dans un cas, énucléer de crainte d'une panophtalmie : Baümgarten également. M. le professeur Gayet dit dans son observation première (1885) que les lésions étaient devenues telles que l'œil « comme mastiqué par le néoplasme était incapable de se mouvoir et la vision était abolie ». L'énucléation fut faite.

Les complications à distance sont :

La suppuration des ganglions préauriculaires ou sous-maxillaires.

L'infection généralisée ou localisée dans un autre organe dans les cas où la tuberculose de la conjonctive est primitive.

L'aggravation de l'état général lorsqu'elle survient chez un sujet déjà atteint par le processus tuberculeux.

CHAPITRE III

Anatomie Pathologique

L'anatomie pathologique de la tuberculose conjonctivale ne nous arrêtera pas longtemps, du moins au point de vue purement microscopique : la caractéristique de l'affection est ici, comme pour la tuberculose d'une façon générale, le follicule tuberculeux classique dont nous ne croyons pas devoir rappeler la structure bien connue de tous aujourd'hui.

D'ailleurs l'examen histologique des végétations conjonctivales de l'observation publiée par M. Aurand que nous avons reproduit plus haut, nous dispense de revenir sur ce sujet de l'anatomie microscopique.

Nous voulons cependant signaler avec l'auteur de cette observation une transformation particulière de l'épithélium à la surface des végétations tuberculeuses de la conjonctive. Voici, en effet, les remarques judi-

cieuses dont M. Aurand fait suivre l'exposé de ses recherches :

« Nous rappellerons, en effet, que nous avons trouvé ces végétations revêtues d'un épithélium pavimenteux stratifié, alors qu'à l'état normal l'épithélium de la conjonctive du tarse et du cul-de-sac inférieur est un épithélium cylindrique stratifié. L'épithélium des végétations tuberculeuses se rapprocherait donc du type de celui de la conjonctive bulbaire normale. Cette transformation épithéliale est tout à fait analogue à celle qui a été observée dans deux affections différentes par Villard, de Montpellier (1), d'abord à la surface des granulations et dans la conjonctivite granuleuse guérie, puis quelque temps après sur les végétations d'un catarrhe printanier publié par Darier (2). La constatation du même phénomène dans trois maladies différentes est curieuse et nous autorise peut-être à nous demander s'il ne s'agit pas là d'un phénomène d'ordre général, d'un mode de réaction presque banal de la conjonctive. »

A ces considérations nous ajouterons que la même transformation épithéliale est observée sur la muqueuse de l'urèthre qui s'est retrécie à la suite d'une blennorrhagie.

Le travail pathologique consécutif à la blennorrhagie, en effet, n'est pas comparable à la formation d'un tissu cicatriciel.

(1) H. Villard. Anatomie pathologique de la conjonctivite granuleuse. Thèse de Montpellier, 4896.

(2) Darier. De la forme tarsienne du catarrhe printanier. (Société d'ophtalmologie, 1897.

Il y a plus qu'un rétrécissement, il se fait encore des altérations profondes de tous les éléments qui composent les parois du conduit. Ainsi l'épithélium cylindrique stratifié, comme celui de la conjonctive, est devenu pavimenteux stratifié, comme celui qui recouvre les végétations tuberculeuses de la conjonctive; le derme, de conjonctif lâche, est ici infiltré d'éléments embryonnaires, épaissi de tissu fibreux, et même il y a parfois dans le derme muqueux formation pathologique de papilles, même de végétations intra-uréthrales constituées par du tissu embryonnaire revêtu d'épithélium.

Nous signalons en passant cette ressemblance dans le mode de réaction de la muqueuse uréthrale et de la muqueuse oculaire, qui tiendrait encore à prouver que c'est bien là en effet un phénomène d'ordre général.

On a donné plusieurs divisions concernant les formes anatomo-pathologiques de la tuberculose de la conjonctive.

Michel décrit trois variétés : pour lui la tuberculose peut se manifester sur la muqueuse oculaire :

1° Sous forme de follicules tuberculeux au niveau du fornix.

2° Sous forme de petits nodules de tuberculose miliaire au niveau de la muqueuse du tarse :

3° Comme tubercules proprement dits dans les différentes parties de la conjonctive avec développement plus au moins accentué de granulations dans les tissus environnants.

La division de Sattler est plus générale et plus clinique : il admet également trois formes :

1^o Le groupe le plus considérable comprend les formes ulcéreuses sans réaction locale intense ; le microscope montre des tubercules miliaires avec peu de granulations ! les bacilles y sont assez nombreux :

2^o Dans le deuxième groupe il comprend toutes les formations nodulaires grisâtres, de la grosseur des grains de chanvre qui ne forment que très rarement des ulcérations ; ici peu de bacilles :

3^o Enfin, dans la troisième forme ce sont les granulations qui prédominent ; on trouve les mêmes éléments que dans les arthrites fongueuses et surtout des cellules géantes.

En somme, d'après Sattler, il y a une forme ulcéreuse, une forme nodulaire, une forme granulaire.

Les deux formes ulcéreuse et granulaire sont de beaucoup celles qui comprennent le plus de cas ; mais la forme nodulaire qu'ont décrite à la fois Michel et Sattler, qui nous paraît être bien spéciale, est bien moins fréquente.

D'autre part, l'aspect particulier des lésions tuberculeuses dans l'observation de M. Aurand nous a frappés ; il nous a paru que cette forme appelée à juste raison végétante par l'auteur se rencontrait rarement dans les observations que nous avons pu retrouver.

Et voici en effet tous les exemples que nous avons à citer de cette tuberculose à forme végétante :

1^o Les six premières observations de Haab qui

« offrent sur la conjonctive des granulations végétales en forme de crête de coq. »

L'examen microscopique révèle ici des cellules géantes.

2° L'observation précitée de la thèse de Luc où il est dit que :

« Sur la muqueuse bulbaire, empiétant sur la moitié inférieure de la cornée est une production néoplasique, irrégulière, végétante, granuleuse, de coloration grisâtre, vascularisée, donnant l'aspect d'un tissu mou et œdématisé. Cette tumeur n'est ni ulcérée ni douloureuse : elle gêne simplement les mouvements de l'œil, car à sa partie inférieure elle forme une crête qui s'interpose entre les bords palpébraux.

3° L'observation II de la thèse d'Amiet, due encore au professeur Haab, où nous trouvons décrites dans le cul-de-sac conjonctival de la paupière inférieure des végétations en crête de coq « hahnenkammförmige Wücherungen ».

4° L'observation de M. Aurand dans laquelle on constatait disséminées sur la muqueuse tarsienne des végétations rougeâtres à surface framboisée et verruqueuses comme des crêtes de coq.

5° Enfin le cas de Rohmer, où le sujet « présentait sur l'œil droit une tumeur arrondie mesurant environ 7 à 8 millimètres en tous sens, située en haut et en dehors de la cornée, ayant l'aspect d'un chou-fleur à forme végétante.

Il nous paraît donc en nous basant sur l'aspect des lésions décrites par ces auteurs qu'il y a une quatrième forme de tuberculose conjonctivale, bien spéciale et

encore rarement observée : la forme végétante, en crête de coq.

Nous avons à l'appui de notre assertion l'opinion de M. Eyre, qui dans un article paru in *Arch. of ophthalmologie* (1900) sur la tuberculose conjonctivale primitive, pose les conclusions suivantes :

Elle se présente la forme clinique d'une éulcération vaséeuse ou bien d'une tumeur inflammatoire qui peut affecter quatre formes :

1° Nodules sous-conjonctivaux grisâtres ou jaunâtres multiples de la grandeur d'un grain de chanvre.

2° Granulomes papillaires arrondis situés soit dans le cul-de-sac soit sur la face dorsale des paupières.

3° Excroissance en forme de crête de coq dans les culs-de-sac.

4° Tumeur pédiculée présentant l'aspect d'un papillome ou d'un fibrome de la conjonctive tarsale.

Pronostic : Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du traitement ; mais il varie aussi, nous semble-t-il, avec la forme primitive ou secondaire de l'affection.

En étudiant la statistique d'Amiet, nous comptons sur trente cas où les suites de l'affection sont notées neuf guérisons, sept améliorations, cinq améliorations après récurrence, une amélioration suivie de récurrence, quatre morts, deux énucléations, deux morts, l'une de phtisie pulmonaire, l'autre de méningite tuberculeuse. Sur quinze observations où nous même, avons pu lire le résultat éloigné de la maladie, nous trouvons neuf guérisons, trois guérisons après récurrences, deux

récidives, une énucléation, une guérison suivie de mort par phthisie pulmonaire, deux morts, une extension au poumon.

Nous voyons donc, par ces chiffres, que si le pronostic est ordinairement bénin, il peut être grave parfois.

La tuberculose oculaire en général, a-t-on dit, est une tuberculose atténuée; au point de vue de l'appareil de la vision, on observe rarement, il est vrai, la propagation de la lésion tuberculeuse de la conjonctive au globe de l'œil; néanmoins, en présence de la statistique susmentionnée, nous pensons qu'il est prudent de faire un pronostic réservé.

Car l'état général du sujet a une importance considérable, et nous voyons assez fréquemment la mort survenir par infection généralisée, tuberculose pulmonaire, méningite.

Aussi, la forme secondaire qui survient chez un sujet déjà atteint par le processus tuberculeux est-elle la plus grave en général, surtout la variété des métastases tuberculeuses dans la conjonctive.

L'autre variété, celle qui comprend les cas de tuberculose propagée par continuité de tissu à la conjonctive, paraît plus bénigne (Observations de Vieusse, Gayet).

Enfin, la forme primitive, survenant chez un individu indemne de toute manifestation tuberculeuse, peut être enrayée assez vite dans son développement.

Néanmoins, les observations de M. Gayet (1885), Cheny, nous montrent que même dans ces cas on doit réserver le pronostic.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose conjonctivale sera basé sur l'observation clinique et confirmé par la bactériologie et l'expérimentation.

Aujourd'hui cette dernière condition est absolument nécessaire, si l'on veut être sûr de l'exactitude du diagnostic. Nous ne partageons donc pas l'avis de Luc qui dans sa thèse déclare nier la tuberculose conjonctivale chez tout sujet qui ne présente pas en même temps d'autres manifestations de même nature dans les organes et principalement dans le poumon : pour Luc l'observation clinique est celle qui donne la plus grande exactitude de diagnostic. Mais actuellement on ne saurait émettre cette affirmation : car la tuberculose de la conjonctive a été longtemps confondue avec plusieurs affections d'aspect plus ou moins semblable mais de nature bien différente.

Nous envisagerons les formes diverses de la maladie, qui peuvent chacune en particulier être simulées par des lésions variables.

La forme granulaire par exemple a bien souvent

sans doute donné lieu à des erreurs de diagnostic; témoin l'observation d'Heinersdorff (1898) où l'excision du prétendu trachome de la conjonctive démontra que les granulations avaient plutôt l'apparence de follicules tuberculeux constitués par des cellules épithéliales avec cellules géantes.

Témoin encore l'observation de Haab citée dans la thèse d'Amiet où en présence d'un trachome et d'une tuberculose de la conjonctive, l'auteur déclare ne pas trouver de différences d'aspect. Comme preuve de cette confusion nous citerons encore l'observation de Pisenti, relatée plus haut, où l'on crut à un granulome simple alors que le microscope montra la structure du granulome tuberculeux et la présence des bacilles de Koch.

L'aspect macroscopique en effet est presque identique dans les deux affections.

Il semble pourtant que les saillies trachomateuses, sont plus mollasses, polypiformes et non ulcérées en général; les granulations tuberculeuses sont, elles, assez peu saillantes et donnent plutôt une sensation d'induration de la paupière; enfin l'engorgement du ganglion préauriculaire est caractéristique. Mais il est facile de concevoir combien de tels caractères distinctifs peuvent être atténués ou même manquer entièrement.

La forme ulcéreuse peut être simulée plus ou moins par les ulcérations syphilitiques consécutives à un chancre phagédénique de la paupière par exemple. Les antécédents, les lésions concomitantes, le traitement aideront puissamment au diagnostic.

Elle peut encore être confondue à un stade avancé

de son évolution avec la conjonctivite purulente; dans cette dernière, les phénomènes inflammatoires sont plus intenses, l'écoulement purulent est beaucoup plus abondant, le chémosis plus prononcé, les douleurs plus vives. Mais ici encore le diagnostic est subordonné au degré d'acuité des symptômes cliniques, degré très variable suivant les cas.

L'épithélioma de la conjonctive également pourrait être une cause d'erreur de diagnostic. L'âge du malade sera ici pris en sérieuse considération, la tuberculose survenant rarement chez les vieux. Enfin les aphtes ont parfois quelque ressemblance avec l'ulcère tuberculeux. (Gayet).

La forme nodulaire devra être diagnostiquée d'avec la conjonctive pustuleuse, d'autant plus que dans cette dernière affection on observe comme dans la tuberculose des engorgements ganglionnaires.

Mais la marche de l'affection pustuleuse est ordinairement bénigne et de plus elle est de préférence localisée près de la cornée, sur la conjonctive bulbaire, ce qui arrive rarement du moins au début quand il s'agit d'une lésion tuberculeuse.

Les gommes syphilitiques présentent aussi un aspect ressemblant assez à un nodule tuberculeux.

Mais elles occupent le plus souvent l'angle externe de l'œil et les antécédents, le traitement témoignent encore en faveur de la syphilis.

Enfin la forme végétante en crête de coq peut être simulée par un papillome de la conjonctive (observation de M. Aurand) ou même par un polype du tarse.

La marche de l'affection et l'examen microscopique éclaireront le diagnostic.

Ainsi qu'on le voit par ce rapide exposé, le diagnostic de la tuberculose conjonctivale peut être souvent très délicat, voire même impossible, si l'on se contente de l'examen clinique.

Aussi pour éviter des erreurs préjudiciables aux malades, doit-on, dans tous les cas douteux faire l'examen histologique de la lésion de la conjonctive et pratiquer l'inoculation aux animaux : à cette double condition seulement on aura la certitude.

Enfin la méthode du séro-diagnostic tuberculeux décrite en 1898 au congrès de Montpellier par M. P. Courmont, tout dernièrement employée chez le malade de M. Aurand, doit être tentée pour éclairer le diagnostic.

Ce procédé a en effet l'avantage d'être rapide et complètement inoffensif ; il pourrait, en outre, être particulièrement pratique dans les cas de tuberculose de l'œil, qui sont ordinairement des tuberculoses atténuées ; car d'après les recherches toutes récentes de MM. Arloing et P. Courmont, l'agglutination est d'autant plus nette que la virulence de la tuberculose est moindre.

Le manuel opératoire est fort simple : on prend quelques gouttes de sang du sujet examiné, on laisse se former le caillot pendant vingt-quatre heures.

Au bout de ce temps on fait un mélange de sérum et de culture liquide homogène de bacilles de Koch (Arloing) au 1/5, 1/10, 1/15, dans trois tubes différents.

Après douze ou vingt-quatre heures, suivant le cas, on constate la précipitation de la culture en petits amas (séro-positif) ou bien la persistance de l'homogénéité du mélange (séro-négatif).

On peut encore vérifier le phénomène de l'agglutination sous le microscope, surtout si l'épreuve à l'œil nu n'est pas suffisamment concluante.

En résumé les éléments du diagnostic les plus importants en faveur de la tuberculose de la conjonctive sont empruntés à quatre sources :

1° A l'examen clinique : intégrité du bulbe, présence sur la conjonctive palpébrale de granulations gris-bleuâtres disséminées même en petit nombre sur la muqueuse tarsale (Gayet); engorgements ganglionnaires préauriculaire et sous-maxillaire.

2° A l'examen microscopique : présence de bacilles de Koch et de cellules géantes.

3° A l'expérimentation : inoculation positive.

4° Au sero-diagnostic tuberculeux.

TRAITEMENT

Comme dans toute tuberculose locale, le traitement sera ici essentiellement chirurgical.

On devra faire une extirpation complète de toute la portion malade de la conjonctive. Cette excision sera pratiquée à l'aide du bistouri ou des ciseaux et de la curette ; les granulations, nodules, végétations, ulcères seront abrasés et raclés, puis leur base d'implantation et toutes les parties avoisinantes suspectes seront cautérisées avec le thermo-cautère, méthode vantée par Stölting, ou avec le galvano-cautère que M. Vieusse a employé tout dernièrement dans deux cas avec succès.

Ce traitement sera aussi précoce que possible. On opérera en une ou plusieurs séances suivant les cas, ordinairement plusieurs cautérisations et grattages sont nécessaires, car les récidives ne sont pas rares.

Comme pansement, le meilleur est la poudre d'iodoforme répandue sur la plaie après opération. C'est ce procédé qui a donné les meilleurs résultats, entre les

mains de Haab, Parinaud, Gayet ; les cicatrices qui se forment ne sont pas, en général, assez exubérantes pour amener une gêne fonctionnelle considérable et s'effacent suffisamment pour ne pas trop blesser l'esthétique.

De même après incision, on grattera et cautérisera les abcès ganglionnaires.

Enfin, on traitera les lésions nasales, s'il y a lieu. On ne négligera pas dans tous les cas le traitement général : l'huile de foie de morue, l'arsenic, la cure d'air seront à conseiller.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose de la conjonctive est surtout fréquente de 10 à 30 ans, affecte de préférence le sexe féminin. Elle siège le plus souvent sur la conjonctive palpébrale, d'où elle s'étend parfois sur la muqueuse du bulbe.

2° La tuméfaction des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires est presque constante dans cette affection.

3° Elle est primitive ou plus souvent secondaire: dans ce dernier cas il n'est pas rare de la voir succéder à un lupus de la joue et du nez ou encore à une tuberculose des fosses nasales et même des voies lacrymales.

4° Elle se présente sous des formes cliniques et anatomo-pathologiques variées que l'on peut ramener à quatre: formes ulcéreuse, granulaire, nodulaire, végétante.

5° Le diagnostic sera à la fois clinique, bactériologique et expérimental; on pourra tenter également

l'épreuve du séro-diagnostic tuberculeux ; toujours on devra faire l'examen systématiques des fosses nasales.

6° Le pronostic, bénin habituellement, peut être grave. Il dépend de l'état général du sujet atteint et de la précocité du diagnostic et du traitement.

7° Une intervention énergique peut enrayer son développement : le grattage et la cautérisation ont donné les meilleurs résultats.

VU :

Le Président de thèse,

A. GAYET.

VU

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 novembre 1900.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ARLT. — Lupus der Conjunctiva. Klinische Monatsblätter, für Augenheilkunde, 1864, p. 330.
- KÖSTER. — Ueber locale Tuberkulose. Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften, 1873.
- MANZ. — Ein Fall von Conjunktivaltuberkulose. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, p. 3.
- MILLIGAN. — Ein Fall von Bindehauttuberkulose. Centralblatt für practische Augenheilkunde, 1882, pages 194-195.
- LUC. — De la Tuberculose de la conjonctive, comparée au lupus de cette muqueuse. Thèse, Paris, 1883.
- PARINAUD. — Tuberculose primitive de la conjonctive. — Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 13 juin 1884.
- GAYET. — Tuberculose primitive de la conjonctive. — Société française d'ophtalmologie, 28 janv. 1885.
- ULRICH DE KENIGSBURG. — Ein Fall von Conjunctivaltuberkulose. Centralblatt für praktische augenheilkunde, décembre 1885.

- FONTAN. — Tuberculose conjonctivale. — Recueil d'ophtalmologie, octobre 1886.
- FONTAN. — Tuberculose de la conjonctive et de la cornée. — Recueil d'ophtalmologie, octobre 1886.
- WĄJTAMSIEVICZ. — Des rapports de la tuberculose de l'œil avec la tuberculose générale. Paris, 1887.
- D'ESTIENNE. — Tuberculose oculaire. Thèse, Lyon, 1886.
- AMIET. — Die Tuberkulose der Bindehaut des Auges Inaugural. Dissertation vorgelegt der hohen medicinischen Facultä der Universität, Zurich, 1887.
- VERREY. — Tuberculose primitive de la conjonctive chez une jeune fille de 14 ans. — Annales d'oculistique, 1887.
- REUSS. — Tuberculose de la conjonctive, Société Méd. de Vienne, 22 avril 1887. — Analyse en Annales d'oculistique, 1887.
- GILLET DE GRANDMONT. — Lupus conjonctival. — Recueil d'ophtalmologie, 1888, p. 636.
- BERGER. — Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez et des cavités voisines. — In-8°, 46 p., Paris.
- ALBRAND-WALTER. — Tub. de la conjonctive. Klin. Monat. f. Augenheilkunde. — Analyse, Arch. d'oph., 1872, p. 58.
- MOTAIS. — Tuberculose de la conjonctive. Mort par phtisie pulmonaire. — Soc. d'opht., 8 mars 1892.
- VIGNES. — Tuberculose conjonctivale. — Soc. d'opht., 6 décembre 1893.
- BATUT. — Des rapports entre les maladies des yeux

- et celles du nez. — Annales mal. de l'oreille, février 1893.
- KÆHLER. — De la tuberculose oculaire. — Thèse Nancy, 1892.
- TACQUET. — Des voies lacrymales comme cause de l'origine nasale des affections oculaires. — Thèse, Paris, 1894.
- JAULIN. — Sur la tuberculose de l'appareil lacrymal. Thèse, Paris, 1894.
- MITWASKY. — De la tuberculose de la conjonctive. — Annales d'oculistique, juin 1896, p. 466.
- CHENY. — Un cas de tuberculose de la conjonctive probablement primaire suivi d'infection généralisée et de mort. — Boston med. J., 12 novembre 1896. — Analyse en Annales d'oculistique, 1896.
- ARMAIGNAC. — Tuberculose primitive des paupières. — Généralisation aux poumons et au larynx. — Société française d'ophtalmologie, mai 1897, p. 333.
- VALUDE. — Tuberculose de la conjonctive et de la sclérotique. — Bulletin médical, 11 août 1897.
- ROHMER. — Tuberculose de la conjonctive. — Revue médicale de l'Est, 1897.
- HEINERSDORFF. — Tuberculose conjonctivale simulant le trachome. — Klin. Monats. f. aug., juin 1898. — Analyse en Annales d'oculistique, p. 187.
- PISENTI. — Tuberculose de la conjonctive. — Analyse en Archives d'ophtalmologie, 1898.
- PROSCHER. — Un cas de tuberculose primitive du nez, des voies lacrymales et de la conjonctive, avec extension consécutive au poumon. — Archives d'ophtalmologie, 1899.

- VIEUSSE. — Trois observations de tuberculose de la conjonctive. — Bulletin de la Société française d'ophtalmologie, décembre 1899.
- BAQUIS. — Tuberculose de la conjonctive tarsienne. — Recueil d'ophtalmologie, 1899, p. 552.
- BRONNER. — Tumeur tuberculeuse de la conjonctive. — Revue générale d'ophtalmologie, 1897, p. 158.
- PARISOTTI. — Tuberculose de la conjonctive. — Analyse en Revue générale d'ophtalmologie, 1897, p. 401.
- ANTONELLI. — Tuberculose conjonctivale. — Revue générale d'ophtalmologie, 1898, p. 122.
- GRUNERT. — Tuberculose de la conjonctive. — Archiv. für Augenheilkeinde, février 1897.
- LAGRANGE et CABANNES. — Tuberculose conjonctivale primitive. — Archives d'ophtalmologie, juillet 1900.
- TAVERNIER. — Dacryocystites tuberculeuses. — Thèse, Lille, 1897.
- AURAND. — Tuberculose conjonctivale à forme végétante consécutive à une tuberculose lacrymo-nasale. — Congrès de médecine, 1900.
- DUBREUILH. — De l'origine nasale du lupus de la face. — Annales de dermatologie, août-septembre, 1900.
- EYRE. — La tuberculose de la conjonctive. — Analyse en Revue générale d'ophtalmologie, mai 1900.
-

Imprimerie MOUGIN-RUSAND. — WALTENER et C^{ie}, successeurs
3, rue Stella — Lyon
